

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Název diplomové práce:

**Sledování spokojenosti s péčí v oblasti komunitních
služeb pro jedince s duševním onemocněním**

**Observation of the satisfaction with care in community services
for people with mental disorder**

Vypracovala: Dana Čechová

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

P r o h l á š e n í

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma
„Sledování spokojenosti s péčí v oblasti komunitních služeb pro jedince
s duševním onemocněním“
jsem vypracovala samostatně s použitím zdrojů uvedených v přiloženém
seznamu literatury.

V Praze dne 25.července 2008

Dana Čechová

Abstrakt

Tato práce je zaměřena na problematiku spokojenosti s péčí ve službách pro jedince s duševním onemocněním.

V teoretické části se zabýváme spokojeností z obecného hlediska, dále je probírána spokojenost s poskytovanou péčí a různé její aspekty. A nakonec se věnujeme problematice duševního onemocnění a jeho léčby, komunitní péči a různým výzkumům spokojenosti.

V praktické části jsme mapovali různé aspekty péče, které mají vliv na spokojenost s péčí. Na základě získaných výsledků byl sestaven dotazník spokojenosti, který dotazník byl testován u vzorku klientů komunitních služeb, přičemž byly ověřovány také psychometrické charakteristiky dotazníku.

Reliabilita dotazníku, která byla ověřována pomocí koeficientu vnitřní konzistence, je dobrá. Dále byla sledována validita dotazníku a korelace mezi jednotlivými položkami. Ukázala se potřeba dílčích úprav dotazníku.

Výsledky pilotního testování ukázaly dobrou celkovou spokojenost respondentů. Nejlépe byly hodnoceny položky týkající se přístupu ke klientům a komunikace, naopak nejhůře byla hodnocena dostupnost.

Abstract

This work is focused on satisfaction with care in mental health services.

In the theoretical part we will deal with generally satisfaction, next we will focus on the satisfaction with care and various aspects of this satisfaction. And then we put the emphasis on mental disorder and treatment, community care and we tried chart the surveys dealing with the satisfaction.

In the practical part we charted various aspects of care which related with the satisfaction. On basis gained results we generate the questionnaire and then was realized the pilot survey with sample of community services users.

The results showed that reliability (measured by Cronbach's alpha) is good, but showed that the questionnaire must be partial adjusted. Our findings showed that overall satisfaction is good. The best was assessed the admission to patients and communication, on the contrary availability was assessed worse.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Pojem spokojenosti	8
1.1 Životní spokojenost	9
1.2 Měření životní spokojenosti a kvality života	13
1.3 Spokojenost s tělem	15
1.4 Pracovní spokojenost	16
1.5 Osobnostní determinanty spokojenosti	17
2 Spokojenost s poskytovanou péčí	19
2.1 Spokojenost pacientů	19
2.2 Spokojenost a spolupráce	23
2.3 Vztahy mezi pacienty a personálem	24
2.4 Komunikace	26
2.5 Práva pacientů	28
3 Péče o jedince s duševním onemocněním	30
3.1 Problematika duševního onemocnění	30
3.2 Léčba a péče o jedince s duševním onemocněním	34
3.3 Péče v oblasti duševního zdraví v ČR	37
3.4 Komunitní péče	39
3.5 Spokojenost s péčí v oblasti duševního zdraví	42
PRAKTICKÁ ČÁST	46
4 Cíle výzkumu	46
5 Mapování problematiky spokojenosti s péčí	47
5.1 Metoda	47
5.2 Charakteristiky souboru	48
5.3 Výsledky	49
5.4 Sestavení dotazníku	55
6 Pilotní testování dotazníku	57
6.1 Sběr dat	58
6.2 Charakteristiky souboru	58

6.3 Psychometrické charakteristiky dotazníku	61
6.3.1 Reliabilita	61
6.3.2 Validita	64
6.3.3 Položková analýza	64
6.4 Výsledky pilotního šetření	66
6.4.1 Výsledky celého souboru	66
6.4.2 Výsledky v jednotlivých zařízeních	72
6.5 Shrnutí výsledků	74
7 Diskuse	76
Závěr	80
Seznam literatury	81

Úvod

Spokojenost s poskytovanou péčí v různých zdravotnických i sociálních službách je v současné době velmi aktuálním tématem. S různými průzkumy spokojenosti se můžeme setkat v mnoha zařízeních. Tento trend se také projevuje v oblasti péče o duševní zdraví, i když tato oblast je stále ještě pod značným vlivem společenské stigmatizace a diskriminace duševního onemocnění.

Sledování spokojenosti uživatelů různých služeb je jedním z důležitých kritérií pro hodnocení úspěšnosti a kvality péče, protože představuje významný a jedinečný pohled z pozice těch, kteří služby využívají. Sledování spokojenosti může být užitečné jak pro poskytovatele péče, pro něž představuje důležitý zdroj informací o výsledcích jejich práce, tak pro uživatele péče, kteří tak mají možnost vyjádřit své stanovisko k poskytované péči a k jejímu průběhu.

Tato práce vznikla v rámci spolupráce s Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví, které realizuje různé projekty, jejichž cílem je zlepšení situace v oblasti péče o duševní zdraví. Jedním z těchto projektů je „Vývoj a standardizace posuzovacích nástrojů k hodnocení účinnosti komunitní psychiatrické péče“, jehož součástí je i sledování spokojenosti s poskytovanou péčí.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se skládá ze tří hlavních částí. První se zaměřuje na téma spokojenosti z obecného hlediska, v další části je probírána problematika spokojenosti s poskytovanou péčí a nakonec jsou vymezena specifika duševního onemocnění, léčby a péče o jedince s duševním onemocněním a jejich spokojenosti s poskytovanou péčí.

Cílem praktické části této práce je zmapování problematiky spokojenosti s péčí, sestavení nástroje hodnotícího spokojenost uživatelů služeb, otestování vytvořeného nástroje v podmínkách praxe a ověření jeho psychometrických charakteristik a použitelnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Pojem spokojenosti

Tato práce se zabývá problematikou spokojenosti s poskytovanou péčí, proto se nejprve zaměříme na téma spokojenosti z obecného hlediska. Když se zamyslíme nad tím, co vlastně znamená pojem spokojenost, můžeme se například pokusit představit někoho, kdo je s něčím spokojen. Člověku, který je s nějakou skutečností či v určité situaci spokojen, taková skutečnost či situace vyhovuje, má z ní dobrý pocit, je rád, že skutečnost nebo situace je právě taková, a necítí potřebu něco měnit. Opačem spokojenosti může být nespokojenost.

Podle psychologického slovníku je spokojenost definována jako „příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti, trvá-li dlouho, je demotivující, následuje tučnění psychické, popř. i tělesné“ (Hartl, 1996, s. 196). A podobné definice se objevují i v jiných slovnících či encyklopediích. Z uvedené definice vyplývá, že spokojenost je určitý pozitivní pocit jedince, který se objevuje v souvislosti s určitou skutečností. Spokojenost může být determinována konkrétním situačním kontextem, ale i širšími sociálními souvislostmi, a také osobnostními charakteristikami jedince, jimiž se ještě budeme zabývat dále.

Paulík (2002) popisuje dva možné způsoby chápání spokojenosti, kdy se na spokojenost lze dívat z hlediska kontinuity a diskontinuity:

- Spokojenost jako kontinuální prožitková dimenze, přičemž míru spokojenosti je možno vyjádřit na škále spokojenost-nespokojenost a určit tak vzájemný poměr spokojenosti a nespokojenosti i jejich intenzitu. Se zvyšováním spokojenosti pak úměrně klesá nespokojenost a naopak s nárůstem nespokojenosti se snižuje spokojenost, případně může nastat i neutrální stav, kdy jedinec není ani spokojen, ani nespokojen. Toto pojetí spokojenosti je běžnější.
- Spokojenost a nespokojenost jako dvě nezávislé veličiny, které mohou být ovlivňovány různými faktory, a proto změna jedné z nich nemusí být provázána odpovídajícím snížením či zvýšením druhé. Jedinec tak v určité situaci může být současně spokojen i nespokojen.

Johnson a Ruhl (2000) pojmají spokojenost jako vnitřní zkušenost, s níž je spojený určitý prožitek času, kdy se mysl člověka příliš nezabývá minulostí a budoucností, a jedinec respektuje a přijímá aktuální situaci takovou, jaká právě je, nepřemýšlí nad tím, že by to mohlo být jinak.

S otázkou spokojenosti s určitou skutečností souvisí také hodnocení této skutečnosti jedincem. Lze předpokládat, že pokud jedinec určitou skutečnost hodnotí pozitivně, pak s ní pravděpodobně bude spokojen, a naopak, při negativním hodnocení této skutečnosti, bude spokojenost spíše nízká či žádná. Ovšem tato souvislost není tak jednoznačná. Podle Paulíka (2002) může být vztah mezi spokojeností a hodnocením vysvětlován několika způsoby:

- a) spokojenost (nespokojenost) jako důsledek určitého hodnocení,
- b) spokojenost (nespokojenost) jako příčina určitého hodnocení,
- c) spokojenost (nespokojenost) může být současně příčinou i následkem hodnocení,
- d) spokojenost i hodnocení mohou být ovlivňovány různými osobnostními charakteristikami (např. odolností).

Problematika spokojenosti je nejvíce rozpracována v rámci spokojenosti se životem, a to buď celkové spokojenosti nebo se zaměřením na určité životní oblasti.

1.1 Životní spokojenost

Životní spokojenost (satisfaction with life) je jedním z významných témat pozitivní psychologie, která se soustřeďuje na kladné psychologické jevy a prvky lidského života, jako jsou duševní zdraví, radost, duševní síla apod. Se životní spokojeností úzce souvisí i další pojmy, jimiž jsou subjektivní pohoda (well-being), štěstí (happiness) a kvalita života. Tyto pojmy se někdy také používají jako synonyma, o čemž se můžeme přesvědčit hlavně v anglicky psané literatuře. Neustálenost těchto pojmů a jejich zaměňování jsou způsobeny tím, že se jejich obsahy vzájemně prolínají. V literatuře se nejčastěji objevuje jako ekvivalent životní spokojenosti pojem well-being.

Pojem well-being (prožitek osobní pohody) v sobě zahrnuje tělesnou, sociální i duševní dimenzi. Problematice osobní pohody je věnována obsáhlá literatura a také řada výzkumných studií, přesto neexistuje všeobecná shoda v definování tohoto pojmu.

Podle Dienera a Dienerové (1998) prožitek osobní pohody souvisí s tím, jak jedinec hodnotí svůj vlastní život, a je tvořen emoční a kognitivní složkou, které spolu úzce souvisí. Emoční složka osobní pohody je dána přítomností pozitivních emocí a nepřítomností negativních emocí. Kognitivní složka představuje vědomé hodnocení vlastního života (životní spokojenost).

Také podle Kebzy (2005) se osobní pohoda vyskytuje na pomezí mezi afekty, náladami a osobnostními rysy a obsahuje též postojovou komponentu.

Přehled různých koncepcí osobní pohody je obsažen v práci Dienera (1984), který rozděluje tyto přístupy do několika skupin:

- Účelové teorie, v nichž se předpokládá, že pocit pohody a štěstí nastává tehdy, když se jedinci podaří dosáhnout svých cílů a uspokojení potřeb.
- Teorie radosti a bolesti, v nichž prožitek osobní pohody je spojen s prožíváním radosti a bolesti, které jsou spolu těsně spjaté.
- Činnostní teorie, jejichž základem je předpoklad, že pocit štěstí je produktem lidské aktivity.
- Teorie „top-down“ versus „bottom-up“. „Top-down“ teorie vymezují obecnou tendenci jedince prožívat různé události pozitivně nebo negativně a tato tendence pak má vliv na interpretaci těchto událostí. Naproti tomu „bottom-up“ teorie vycházejí z toho, že prožitek štěstí a osobní pohody je ovlivňován souhrnem drobných pozitivních událostí.
- Asocianistické teorie zdůrazňující význam záměrného rozvíjení pozitivního myšlení na osobní pohodu a štěstí.
- Hodnotící teorie, v nichž se předpokládá, že pocit štěstí a osobní pohody závisí na srovnávání aktuálně prožívané úrovně štěstí s určitou standardní úrovní. Pociť štěstí se dostavuje, když aktuálně prožívaná úroveň převyšuje standardní úroveň, a naopak, když je aktuálně prožívaná úroveň nižší než standardní, dostavuje se pocit nepohody a neštěstí.

Jedním z možných vymezení struktury osobní pohody je příspěvek Ryffové a Keyesové (1995), v jejichž pojetí je zdůrazněn sociální aspekt osobní pohody. Autorky definují šest základních dimenzí osobní pohody:

1. sebezpřijetí – pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou, akceptace svých dobrých i špatných vlastností

2. pozitivní vztahy s druhými – uspokojující vztahy s druhými lidmi, zájem o druhé, schopnost empatie
3. autonomie – nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům, schopnost uchovat si vlastní názor, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých
4. zvládání životního prostředí – zvládání každodenních nároků, přehled o dění kolem sebe, schopnost vidět a využít příležitosti
5. smysl života – cílesměrnost, pocit smyslu minulého, přítomného i budoucího života
6. osobní rozvoj – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování.

Šolcová a Kebza (2005) popisují prediktory osobní pohody, které byly získány v rámci výzkumného šetření u reprezentativního vzorku české populace. Podle jejich zjištění je prožitek osobní pohody významně determinován subjektivně hodnoceným zdravotním stavem, úrovní sebeuplatnění, místem lokalizace kontroly a úrovní vzdělání. Dále se v jejich výzkumu ukázalo, že prožitek osobní pohody není výrazně ovlivňován pohlavím ani věkem.

Nízkou determinaci prožívání osobní pohody či životní spokojenosti věkem a pohlavím potvrzují i mnohé zahraniční studie, jejich přehled podávají Diener, Suh, Lucas a Smith (1999).

Naproti tomu v jiné studii, věnované analýze souvislostí mezi věkem, pohlavím a hlavními dimenzemi subjektivní kvality života (spokojenost, se zdravím související kvalita života, stenické emoce), realizované na české populaci, bylo zjištěno, že muži mají ve všech sledovaných dimenzích lepší kvalitu života než ženy, a dále, že kvalita života (hlavně se zdravím související dimenze) se s věkem snižuje (Hnilica, 2005).

V literatuře existuje rovněž mnoho různých definic a vymezení kvality života. Vzhledem k obsáhlosti této problematiky a množství literatury, která se jí věnuje, se zde budeme zabývat jen některými definicemi a vymezeními kvality života, sloužících jako příklady možného uchopení tohoto pojmu.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází při vymezení kvality života z definice zdraví, které je chápáno jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“, kvalita života tedy vypovídá o vlivu zdravotního stavu a životních podmínek na jedince, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu prostředí a kultury,

v nichž žije, ale i ve vztahu ke svým cílům, zájmům, očekáváním a způsobu života (Hnilicová, 2005).

Někdy bývá kvalita života uváděna jako nadřazený pojem k výše zmíněným termínům osobní pohody a životní spokojenosti. Kvalita života je pak vyjadřována kombinací prožitku úrovně vlastního zdraví, úrovně subjektivní pohody, životní spokojenosti a také určitého sociálního postavení (Kebza, 2005).

Podobně také Hnilica (2005) popisuje několik dimenzí subjektivní kvality života, které bývají uváděny v české i zahraniční literatuře:

- Štěstí a spokojenost (subjective well-being) – do této dimenze patří spokojenost se životem, spokojenost s rodinou, spokojenost s prací aj.
- Subjektivní zdraví a se zdravím související kvalita života – zde je zahrnuta kvalita spánku, fyzická zdatnost, sociální fungování, přítomnost bolesti aj.
- Přítomnost kladných a záporných emocí jako afektivní komponenta kvality života.

Zajímavé jsou závěry jedné studie, která byla realizována v rámci výzkumného záměru Cíle medicíny: Kvalita života (Křížová, 2005). Ve této studii bylo zjištěno, že ze sledovaných sociologických a zdravotních proměnných (přítomnost zdravotních obtíží, omezení vyplývajících z nemoci, nutnost léčby, přítomnost bolesti a poruch spánku, sociální opora, partnerství, rodina, ekonomická situace atd.) má na celkovou kvalitu života největší vliv přítomnost blízkého vztahu, jako zdroje sociální opory, a na druhém místě byla kvalita spánku. Dalšími faktory, které zvyšují spokojenost s kvalitou života, jsou dobré ekonomické zabezpečení, nepřítomnost zdravotních obtíží, léčby a bolesti.

Kováč (2001) uvádí hypotetický model kvality života, který je rozdělen do třech úrovní a jehož vrchol tvoří smysl života. Těmito úrovněmi jsou:

1. bazální (existenční) úroveň tvořená šesti oblastmi života, které jsou v podstatě univerzální: somatický stav, normální psychické fungování, funkční rodina, materiálně-sociální zabezpečení, život chránící prostředí a získávání základních schopností potřebných k přežití
2. střední (individuálně-specifická) úroveň
3. elitní (kulturně-duchovní) úroveň.

Každá oblast bazální úrovně má svojí kvalitativně vyšší reprezentaci na obou dalších úrovních, např. normální psychické fungování se na střední úrovni stává prožíváním

spokojenosti a pohody a jejich vrcholem je sebekultivace osobnosti kulturními a duchovními hodnotami.

V souvislosti se životní spokojeností a kvalitou života je možno zmínit také teorii optimálního prožívání, jejímž autorem je Csikszentmihalyi (1996). Tato teorie je založena na stavu plynutí (flow), což je stav, kdy jedinec je plně ponořen do určité činnosti, je zcela zaujat svým cílem a nic dalšího pro něj momentálně není důležité. Při vykonávání takové činnosti jedinec zažívá silný prožitek radosti a nadšení, které mu poskytuje vykonávání činnosti jako takové. Schopnost optimálního prožívání je spojena s ovládnutím dějů probíhajících ve vědomí a kontrolou vlastní psychické energie. Podstatným prvkem pro dosažení optimálního prožívání je zapojení vlastního úsilí a tvořivosti. Pokud je jedinec schopen optimálního prožívání i v rámci činností, které vykonává v rámci každodenního života (např. v zaměstnání, při vykonávání domácích prací nebo při trávení volného času), může vést spokojenější život a kvalita jeho života se může zlepšit.

Z uvedených příspěvků vyplývá, že životní spokojenost, která bývá považována za součást kvality života, je ovlivňována řadou různých faktorů a aspektů života jedince, ale také různými širšími sociálními okolnostmi. Zde zmíněné příspěvky představují jen některé příklady z celého spektra různých přístupů k této problematice. Vzhledem k tomu, že kvalita života a životní spokojenost nejsou předmětem této práce, nebudeme se jimi zabývat podrobněji.

1.2 Měření životní spokojenosti a kvality života

K měření životní spokojenosti, osobní pohody či kvality života existuje celá řada různých nástrojů, které se liší podle toho, z jaké perspektivy se snaží tuto oblast postihnout, a také, zda se zaměřují na globální či specifické charakteristiky. Tyto nástroje se většinou vyskytují ve formě dotazníků, případně strukturovaných rozhovorů.

Křivohlavý (2002) rozlišuje tři skupiny metod a nástrojů sloužících k měření kvality života:

- Metody měření, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba (například vystižení stavu jedince fyziologickými a patofyziologickými kritérii, index celkového zdravotního stavu a symbolické či slovní vyjádření kvality života pacienta).

- Metody měření, kde hodnotitelem je jedinec sám (příkladem je subjektivní měření kvality života jedince jeho interními kritérii, pojetí kvality života na základě životní spokojenosti nebo sítě životních cílů).
- Smíšené metody, které kombinují obě předchozí skupiny metod.

Dragomirecká a Škoda (1997) uvádějí přehled instrumentů používaných k měření kvality života v sociální psychiatrii. Ve svém příspěvku také zmiňují, že kvalita života (podle Kirbyho a jeho spolupracovníků) může být měřena ze tří možných perspektiv:

- Jako objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí (ukazateli mohou být například bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny).
- Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem, která je výsledkem osobních hodnot a životního stylu.
- Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.

Přehled různých způsobů zjišťování úrovně osobní pohody uvádějí ve svém příspěvku také Šolcová a Kebza (2005) a třídí je do několika skupin:

- a) metody, které diagnostikují různé dimenze úrovně osobní pohody,
- b) metody posuzující úroveň subjektivně prožívaného štěstí a dalších pozitivních emocí,
- c) přístupy zaměřené na hodnocení úrovně spokojenosti se životem,
- d) metody zkoumající kvalitu života,
- e) přístupy hodnotící úroveň osobního růstu či rozvoje jako významné složky osobní pohody,
- f) postupy diagnostikující osobní pohodu v rámci hodnocení atribučních stylů,
- g) jiné přístupy (např. zjišťující úroveň prožívané naděje, vyjadřování vděčnosti).

Příklady některých nástrojů sloužících k hodnocení subjektivní osobní pohody lze najít také u Dienera (1984), který rozlišuje škály jednodimenzionální a škály vícedimenzionální (globální).

Vzhledem k tomu, že metod a nástrojů hodnotících kvalitu života, osobní pohodu či životní spokojenost existuje velké množství, nemůžeme se zde zabývat jejich podrobnějším výčtem a uvedeme jen několik příkladů.

Jedním z nástrojů postihujících více životních oblastí je *Dotazník životní spokojenosti* (DŽS), jehož autory jsou Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brähler (2001), a který je přeložen také do češtiny. Dotazník obsahuje deset škál zaměřených na jednotlivé životní oblasti a jednu škálu hodnotící celkovou životní spokojenost:

1. zdraví, 2. práce a zaměstnání, 3. finanční situace, 4. volný čas, 5. manželství a partnerství, 6. vztah k vlastním dětem, 7. vlastní osoba, 8. sexualita, 9. přátelé, známí, příbuzní, 10. bydlení a 11. celková spokojenost.

Další možností hodnocení životní spokojenosti je například *Škála spokojenosti se životem* (SWLS – The Satisfaction with Life Scale), kterou vytvořili Diener, Emmons, Larsen a Griffin (1985). Tato škála hodnotí spokojenost se životem jako jeden celek na základě pěti tvrzení, které se vztahují k životu člověka:

- Můj život je blízký tomu, co je mým ideálem.
- Podmínky mého života jsou výborné.
- Jsem se svým životem spokojen.
- Zatím jsem v životě dostal vše důležité, co jsem chtěl.
- Pokud bych mohl žít ještě jednou, téměř nic bych neměnil.

Často používanými instrumenty pro měření kvality života jsou dotazníky WHOQOL vytvořené z podnětu Světové zdravotnické organizace. Dva z této série dotazníků WHOQOL-100 a zkrácená verze WHOQOL-BREF jsou převedené i na české podmínky (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Sebeuposuzovací dotazník WHOQOL-100 pokrývá šest životních domén:

1. fyzický stav (fyzická kondice, příznaky nemoci, možnosti regenerace)
2. prožívání (pozitivní a negativní emoce, kognitivní funkce, vztah k sobě)
3. nezávislost (mobilita, schopnost vykonávat každodenní činnosti, závislost na zdravotní péči)
4. sociální vztahy (osobní vztahy, partnerství a sexuální život, sociální podpora)
5. prostředí (bezpečí a jistota, životní prostředí domácí prostředí, finanční situace, dostupnost a kvalita péče, podnětnost prostředí, volný čas, doprava)
6. spiritualita (duchovní oblast, celková kvalita života a zdraví).

1.3 Spokojenost s tělem

V rámci mapování pojmu spokojenosti je třeba také krátce zmínit problematiku spokojenosti s vlastním tělem, která je v dnešní době poměrně významným tématem. V současné společnosti je patrná výrazná orientace na tělesný vzhled, jemuž je přisuzována značná důležitost. Kvality člověka se často posuzují podle toho, jak vypadá

a zda odpovídá určitému ideálu tělesného vzhledu, který je všeobecně prezentován. Jedinci, kteří tomuto ideálu neodpovídají, mohou být v různých oblastech života limitováni. Proto tělesný vzhled může v životě mnohých lidí hrát významnou úlohu.

V souvislosti s tělesným vzhledem se objevuje termín body image, který bývá překládán jako představa o vlastním těle, tělesné sebepojetí nebo tělesné schéma. Body image je nedílnou součástí celkového sebehodnocení jedince. V rámci tohoto pojmu se také často hovoří o spokojenosti (body satisfaction) či nespokojenosti s tělem (body dissatisfaction), které jsou projevem emocionální (subjektivní) komponenty tělesného sebepojetí. Nespokojenost s tělem bývá definována jako diskrepance mezi hodnocením svého těla a určitého ideálu (Hrachovinová a Chudobová, 2004).

S tělesnou dimenzí spokojenosti také souvisí ještě další, v současnosti velice moderní pojem, kterým je tělesná zdatnost (wellness, fitness). Podle Kebzy (2005) je tělesná zdatnost významnou součástí osobní pohody, a termín wellness někdy bývá používán jako synonymum osobní pohody (well-beingu), případně se vymezuje jako oblast vztahující se k přijetí určitého chování a životního stylu (např. zdravé výživy, zvládání stresu, fyzického cvičení), které vedou k optimálnímu fyzickému a psychickému zdraví.

1.4 Pracovní spokojenost

Významným a široce rozpracovaným tématem z oblasti psychologie práce a organizace je pracovní spokojenost. I když s praktickým zaměřením této práce příliš nesouvisí, přesto ji zde okrajově zmíníme, protože k tématu spokojenosti také patří.

Podle Rymeše (2003) se pracovní spokojenost vztahuje k tomu, jak jedinec vnímá, prožívá a hodnotí průběh vykonávané činnosti, podmínky, ve kterých se činnost odehrává, a také výsledky této činnosti. A může být ovlivňována řadou faktorů, z nichž některé souvisí s jedincem a jeho osobnostními charakteristikami a některé se vztahují k pracovní činnosti, například finanční ohodnocení, druh a charakter vykonávané práce, kariérní postup, způsob vedení, sociální prostředí v pracovní skupině a fyzikální podmínky práce.

Nepříliš jednoznačná je otázka vlivu pracovní spokojenosti na celkovou životní spokojenost jedince. Rymeš (2003) uvádí, že úroveň pracovní spokojenosti či

nespokojenosti významně determinuje kvalitu života jedince a jeho fyzické i duševní zdraví. Ovšem v některých studiích se tato souvislost zcela nepotvrdila. Například Hnilica (2004) popisuje výsledky studie, v níž se ukázalo, že pracovní spokojenost nemá přímý vliv na spokojenost se životem, a také, že pracovní spokojenost a spokojenost se zdravím jsou vzájemně nezávislé oblasti.

1.5 Osobnostní determinanty spokojenosti

Hledáním možných souvislostí mezi osobnostními charakteristikami a spokojeností (hlavně životní spokojeností) se zabývá celá řada studií.

Diener a Dienerová (1998), ve svém příspěvku o problematice well-beingu, uvádějí, že pro spokojené lidi jsou typické určité vlastnosti osobnosti, kterými jsou optimismus, pozitivní sebehodnocení, pocit vlastní kontroly a extraverte.

Jako hlavní osobnostní charakteristiky, ovlivňující životní spokojenost, jsou v literatuře nejčastěji uváděny dvě dimenze temperamentu, jimiž jsou extraverte a psychická stabilita. Costa a McCrae (1980) podávají tvrzení, že extravertně orientovaní jedinci a jedinci psychicky stabilní bývají spokojenější a zároveň mají vyšší sebehodnocení než osoby introvertní a labilní. Extraverte, podle jejich pojetí, souvisí s frekvencí prožívání kladných emocí a psychická labilita (neuroticismus) souvisí s frekvencí prožívání záporných emocí. Tyto poznatky byly prokázány i v dalších studiích, které popisují například Diener, Suh, Lucas a Smith (1999).

DeNeveová a Cooper (1998) provedli metaanalýzu různých studií zabývajících se osobnostními konstrukty, které mohou souviset se subjektivním pocitem osobní pohody. Ze závěru mnohých studií vyplývá, že osobnost může být predikována na základě životní spokojenosti, štěstí a pozitivní afektivity. Některé studie vymezují určité osobnostní rysy, které souvisí s pocitem osobní pohody, jakou jsou: potlačené obrany, víra, emoční stabilita, místo kontroly, touha po kontrole, hardiness, pozitivní afektivita, osobní a kolektivní sebehodnocení a napětí. Za významný prediktor životní spokojenosti, štěstí a negativní afektivity je považována dimenze neuroticismu.

Blatný a Osecká (1998) uvádějí, že životní spokojenost, kromě již uvedených temperamentových charakteristik, je ovlivňována také některými interpersonálními charakteristikami osobnosti, jako jsou dominance a afiliace, které mají na životní

spokojenost pozitivní vliv. Se spokojeností zároveň také úzce souvisí již zmíněné sebehodnocení.

V souvislosti s vykazovanou mírou spokojenosti či nespokojenosti lze hovořit o určitých osobnostních profilech. Mikšík (2006) zmiňuje dva profily, které se objevily v rámci zkoumání vlivu sociálně ekonomických, osobnostních a situačních determinant na základní postoje k životní realitě. U jedinců, kteří vykazují vysokou míru nespokojenosti, se projevuje profil spontánní osobnosti situačně disinhibovaného, případně vznětlivého typu, a naopak u jedinců, kteří vykazují reálný vztah k životu, se projevuje profil psychicky vyrovnané osobnosti odolného (stabilního) typu.

V rámci osobnostních determinant spokojenosti lze hovořit také o teoriích odolnosti osobnosti, jichž existuje celá řada. Příkladem je třeba již zmiňovaná koncepce hardiness (jako tvrdost či tuhost osobnosti), která souvisí s pocitem osobní pohody. Tato koncepce odolnosti je charakterizována třemi osobnostními rysy (Kobasa, 1979):

- Schopnost mít události a dění kolem sebe pod kontrolou a snaha je ovlivňovat, což umožňuje lépe zvládat i zátěžové situace.
- Závazek, zaujatost či osobní angažovanost při činnostech, kterým se jedinec věnuje a které zároveň považuje za smysluplné.
- Schopnost považovat různé změny a události v životě za výzvu, za příležitost a podnět k hledání nových řešení.

Z uvedených příspěvků vyplývá, že spokojenější bývají lidé, kteří se snaží svůj život aktivně ovlivňovat a řešit problémy, které se před nimi objevují, přičemž důležitá je osobnostní stabilita jedince. Významným faktorem jsou také pozitivní vztahy a kontakty s druhými lidmi. Při mapování osobnostních determinant spokojenosti ovšem nelze opomenout vliv situačních faktorů, kdy se v životě jedince mohou vyskytnout různé okolnosti a události (např. ztráta blízkého člověka, různé konflikty, nemoc, problémy v pracovní oblasti), které většinou negativně ovlivňují spokojenost každého člověka.

2 Spokojenost s poskytovanou péčí

Nyní se zaměříme na oblast, která je předmětem této práce, a tou je spokojenost s poskytovanou péčí. O spokojenosti s péčí se nejčastěji hovoří ve smyslu spokojenosti se zdravotnickou péčí (tedy o spokojenosti pacientů), ale může se také jednat o péči v resortu sociálních či zdravotně sociálních služeb (pak se spíše mluví o spokojenosti klientů). Vztahy a souvislosti v rámci zdravotnických služeb mají svá určitá specifika, přesto je lze, s menšími obměnami, aplikovat také na oblast sociálních a zdravotně sociálních služeb.

2.1 Spokojenost pacientů

Spokojenost pacientů je považována za jeden z významných ukazatelů kvality poskytované zdravotní péče. Současná filosofie poskytování zdravotní péče vychází z předpokladu, že léčebná péče by se měla hlavně zaměřovat na uspokojování potřeb pacientů. Uspokojování či neuspokojování těchto potřeb se pak projevuje ve spokojenosti či nespokojenosti pacienta s péčí, a to buď celkově nebo s některými jejími dílčími aspekty. Údaje o spokojenosti pacientů jsou důležitými informacemi o situaci v daném zařízení, poskytují zpětnou vazbu personálu tohoto zařízení a mohou sloužit jako podněty pro zlepšování kvality péče (Bártlová a Hnilicová, 2000).

V současné medicíně je patrná tendence ke komplexnímu, celostnímu přístupu k nemocnému člověku, který vychází z biopsychosociálního modelu. Tento model předpokládá, že na vzniku a vývoji nemoci, i při její léčbě, se podílejí faktory biologické, psychologické a sociální (Beran a Tumpachová, 2003). V souladu s tím se zdravotnická péče zaměřuje na nemocného člověka a jeho okolí, na rozdíl od tradičního přírodovědného pojetí medicíny, kdy byla v centru zájmu pouze určitá porucha zdraví, která se u jedince vyskytla (Vymětal, 2003). A součástí tohoto přístupu je výše zmíněné zaměření na potřeby pacientů a na jejich uspokojování. Potřeby pacientů jsou závislé jednak na charakteru a průběhu nemoci, ale také na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, v nichž žije.

Bártlová (2002) doporučuje členit potřeby nemocného jedince do tří základních skupin:

- Potřeby, které se nemocí nemění (např. potřeba vzduchu, výživy, tekutin, spánku, čistoty, pohodlí a bezpečí).
- Potřeby, které se v důsledku nemoci změnily. Důležité jsou především modifikované sociální potřeby, jako je potřeba tvořivé práce a aktivity, potřeba pochopení vlastní situace vzniklé v důsledku nemoci, potřeba sociálních styků a potřeba vytváření kulturního prostředí.
- Potřeby, které nemocí vznikly. Jejich vznik závisí na různých okolnostech, kterými jsou charakter a průběh onemocnění, osobnost nemocného, informace o nemoci, předešlé zkušenosti s nemocí a také vztahy s okolím (nemocný a rodina, nemocný a zdravotníci, nemocný a společnost). Tyto potřeby se u nemocného jedince objevují ve třech rovinách: potřeba navrácení zdraví, zbavení se nebo zmenšení bolesti a potřeba udržení či obnovení dřívějších sociálních funkcí nebo příprava na nové.

Nemoc často zásadním způsobem zasahuje do života jedince a mění jeho sociální postavení. Zdravý člověk bývá aktivní, většinou rozhoduje o svém životním rytmu a stylu sám a není tolik závislý na pomoci druhých lidí. Naopak u nemocného člověka, který se stává pacientem, se objevuje závislost na pomoci druhých lidí (odborníků, ale také třeba i rodinných příslušníků), kteří do značné míry ovlivňují a určují jeho život. V souvislosti s tím se snižuje sebedůvěra člověka, mění se jeho sebepojetí, zmenšuje se jeho odpovědnost za vlastní život, mohou se měnit jeho role v osobním, rodinném či pracovním životě a často nezvládá situace a problémy, které dříve zvládal bez potíží (Křivohlavý, 2002). Tyto problémy jsou samozřejmě hodně ovlivněny charakterem a průběhem onemocnění, výrazněji se objevují u závažnějších a chronických onemocnění, které zasahují do života jedince silněji než méně vážná a akutní onemocnění.

Podobně také Vymětal (2003) udává, že přítomnost onemocnění pro jedince představuje náročnou životní situaci, a to, jak tuto situaci prožívá a jak se s ní vyrovnává, závisí na řadě okolností (informace o nemoci, léčebná a ošetrovatelská péče, průběh nemoci, osobnost pacienta a jeho sociální zakotvenost). Nemocný prožívá hlavně obavy a strach, dochází u něj k určitým změnám psychiky a zúžení horizontu vědomí, kdy se zabývá převážně sebou, svým onemocněním a jeho důsledky, snižuje se jeho sebevědomí a sebeúcta, a také se u něj může projevit pasivita, závislost a netrpělivost. U nemocného tak vyvstává silná potřeba po přijetí a uznání a potřeba bezpečí a jistoty. Zmíněné faktory pak mohou mít vliv na to, jaký postoj jedinec zaujme

vůči lékaři a ošetrovatelskému personálu, a také mohou ovlivňovat jeho spokojenost (nespokojenost) s poskytovanou péčí.

V rámci prožívání nemoci se někdy hovoří o kognitivní reprezentaci nemoci, která ovlivňuje vztah člověka k nemoci a jeho chování. Kognitivní reprezentace nemoci zahrnuje identifikaci (pojmenování) nemoci, důsledky nemoci pro postiženého jedince a pro jeho okolí, představy o příčinách nemoci, dobu trvání nemoci a možnosti léčení (Křivohlavý, 2002).

Přehled základních modelů spokojenosti, které se objevují v literatuře, podávají Bártlová a Hnilicová (2000):

- Model postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče, kdy spokojenost je definována na základě určitých dimenzí péče (např. kvalita péče, dostupnost péče, prostředí, účinnost péče, profesionalita, interpersonální vztahy, poskytování informací).
- Model postavený na splnění pacientových přání, který vychází z předpokladu, že spokojenost je dána vztahem mezi tím, co si pacient přál a očekával, a tím, jak hodnotí splnění svých přání.
- Pragmatický (eklektický) model, jehož autorem je sociolog Baker, se snaží o propojení vzájemných vztahů uvnitř zdravotnického systému. Spokojenost pacienta je závislá především na povaze onemocnění a s tím souvisejícího typu poskytované péče. A dalšími důležitými faktory jsou sociodemografické charakteristiky jedince, jako je věk, vzdělání, ekonomické postavení, kulturní a rodinné zázemí, které determinují jeho hodnotovou orientaci a jeho preference.

Jedním z ukazatelů nespokojenosti pacientů jsou také stížnosti pacientů (případně jejich příbuzných). Na těchto stížnostech se podílejí, jak uvádí Beran a Tumpachová (2003), určité faktory jednak na straně pacienta (a jeho rodiny), tak i na straně zdravotníků. Nejčastěji bývají zmiňovány problémy s podáváním informací a domnělá či skutečná chyba v práci zdravotníků. Ovšem příčinou častých stížností (někdy i neoprávněných) mohou také být určité osobnostní rysy stěžovatele (pacienta), například konfliktogenní či kverulatoční rysy, nízké sebevědomí a externalizace vlastních problémů. Přesto je třeba brát stížnosti pacientů vážně, protože, jak zmiňuje Baudiš (2002), stížnosti mohou být odrazem práce personálu a poukazují na sporná a slabá místa či situace.

Ovšem v našich podmínkách existuje silně zakořeněný model, že nespokojený či stěžující si pacient je problematickým pacientem, který obtěžuje personál a komplikuje

jeho práci. Na druhé straně ani pro pacienty není běžné, aby otevřeně vyjadřovali, jak jsou s poskytovanou péčí spokojeni, zda se jim péče vyhovuje či ne. Je třeba dodat, že v současné době se tato situace v mnohých zařízeních zlepšuje, například v čekárnách se objevují různé anketní průzkumy, v nichž pacienti mohou anonymně vyjádřit svou spokojenost s péčí či průběhem léčby.

U nás bylo provedeno několik rozsáhlých systematických průzkumů spokojenosti pacientů v různých nemocnicích (Hnilicová a kol., 1998). Spokojenost byla sledována z hlediska některých aspektů nemocniční péče:

- interpersonální chování, angažovanost personálu, komunikace, respekt k soukromí a intimitě pacientů,
- poskytování adekvátních a dostatečných informací o nemoci a léčbě,
- odborná úroveň zdravotníků,
- organizace nemocničního provozu a režim péče,
- dosažitelnost pomoci v případě akutní potřeby,
- tzv. „hotelové služby“ (čistota, vybavení, komfort a strava),
- celkový dojem pacientů z péče,
- důvěryhodnost zařízení (zda by ho pacienti doporučili svým příbuzným a známým).

Také v zahraniční literatuře je publikována řada studií zabývajících se spokojeností pacientů. Například Jenkinson a kol. (2002) ve své studii zjistili, že hlavními determinantami spokojenosti s péčí u hospitalizovaných pacientů jsou fyzické pohodlí, emocionální podpora a respekt k pacientům. V jiné studii (Sirgy, Mentzer, Rahtz a Meadow, 1991) byla prokázána souvislost mezi životní spokojeností a spokojeností se zdravotnickou péčí, přičemž, jak na životní spokojenost, tak na spokojenost s péčí, má významný vliv také zdravotní stav jedince.

Je zřejmé, že spokojenost pacientů souvisí jak s různými faktory ze strany poskytované péče a jejích poskytovatelů, případně s charakteristikami prostředí, v němž je péče poskytována, ale také s charakterem, průběhem onemocnění a léčbou (závažnost onemocnění, chronicita, možnosti a účinnost léčby) a v neposlední řadě i s životní spokojeností jedince a kvalitou jeho života.

2.2 Spokojenost a spolupráce

Spokojenost pacientů může mít významný vliv na výsledný efekt léčby, protože pozitivně ovlivňuje aktivitu pacientů a jejich spolupráci (Bártlová a Hnilicová, 2000).

V souvislosti se spoluprací se často používají termíny compliance a adherence. Podle Kebzy (2005) pojem compliance znamená shodu, vyhovění či ochotu při dodržování léčebného režimu, včetně vlastní aktivní angažovanosti, a adherence je pojímána jako oddanost, zachovávaní či dodržování léčebného režimu, přičemž se tyto termíny často používají jako synonyma.

Základem dobré spolupráce je efektivní komunikace a poskytování informací pacientům. Efektivní komunikace vyžaduje empatii a porozumění pocitům pacienta, čímž se buduje vzájemný vztah a důvěra mezi pacientem a profesionálem. Tento vzájemný vztah se nevytvoří, když se profesionál věnuje pouze samotné nemoci a ignoruje pacienta jako jedince (DiMatteo, 1998).

Vymětal (2003) popisuje tyto nejčastější důvody nespolupráce pacienta s lékařem (podobně to lze aplikovat i na další personál):

- Velká asymetrie vztahu, kdy lékař výrazně dominuje, očekává bezvýhradnou poslušnost a racionalitu pacienta a pacient má z něho strach.
- Dlouhé čekání na ošetření.
- Neochota lékaře s pacientem nebo s jeho příbuznými hovořit, která nejčastěji bývá způsobena nedostatkem času.
- Lékař se vyjadřuje způsobem, kterému nemocný (příbuzní) nerozumí, používá příliš odborných termínů.
- Lékař se nemocného hodně vyptává a neumožňuje vzájemný dialog.
- Lékař po pacientovi vyžaduje příliš rychlou změnu životního stylu.
- Kritika ze strany lékaře, které v nemocném vyvolávají pocity provinění.
- Nerespektování stavu pacienta, kdy člověk, jemuž je hodně špatně (fyzicky či psychicky), často není schopen vnímat sdělení lékaře.
- Neočekávané zhoršení pacientova stavu.
- Nemocný je příliš zaujat svou nemocí s ní souvisejícími problémy a odmítá poslouchat něco jiného.
- Komunikační bariéry mezi lékařem a pacientem vyplývající z větší sociální distance mezi nimi.

A naopak k dobré spolupráci pacienta vedou následující faktory:

- Důvěra v lékaře a spokojenost s tím, jak se nemocnému věnuje.
- Rovnocennější partnerský vztah, kdy lékař bere v potaz odpovědnost pacienta.
- Uvolněná a přátelská atmosféra, jejíž součástí je vedení dialogu, a kdy se lékař zajímá o subjektivitu pacienta.
- Dostatečné a včasné poskytování informací o nemoci a léčbě.
- Určitá osobnostní charakteristika jedince, kdy přijímá spoluzodpovědnost za svůj život, a tedy i za svůj zdravotní stav a léčbu.
- Léčebná doporučení nesmí být v příkrém rozporu se zvyky a životním stylem nemocného.

2.3 Vztahy mezi pacienty a personálem

V této souvislosti bývá nejčastěji zmiňována problematika vztahu lékaře a pacienta, který je determinován vzájemnou interakcí mezi lékařem a pacientem, ale také širšími sociálními souvislostmi.

Vztah mezi lékařem a nemocným je specifický a není zcela symetrický, lékař bývá více či méně dominantnější. Ovšem tato asymetrie se v jednotlivých případech liší, což závisí jednak na objektivních faktorech (závažnost pacientova stavu) a také na subjektivních faktorech (vzájemné pocity, dojmy a představy). V rámci zmíněného biopsychosociálního přístupu k nemocnému je patrná snaha o symetrizaci tohoto vztahu a dosahování partnerské spolupráce, kdy lékař vystupuje neautoritativně, poskytuje pacientovi co největší prostor a podává mu dostatečné informace o nemoci a průběhu léčby, případně o různých možnostech léčby.

Asymetrie vztahu mezi lékařem a pacientem je podmíněna společenským pojetím těchto rolí. Na základě rozdílné úrovně vědomostí je lékař považován za experta a pacient za laika, což lékaři poskytuje určitý pocit moci. Navíc role lékaře je společensky velice uznávaná. A naproti tomu pacient je v pozici člověka, který potřebuje a hledá pomoc (Bártlová, 2002).

K tradiční roli pacienta patří jeho podřízenost a trpná pasivita. Ovšem v současné době je tato pasivita považována spíše za nežádoucí a objevuje se tendence k podporování větší aktivity nemocného jedince.

Bártlová (2002) popisuje čtyři druhy interakčních vztahů z hlediska stupně kontroly ze strany lékaře a pacienta (podle Stewarda a Roter, 1989):

- Paternalistický vztah, v němž je vysoká kontrola lékaře a nízká kontrola pacienta.
- Vzájemný (partnerský) vztah, který se vyznačuje vysokou kontrolou u lékaře i pacienta. Jeho základem je vzájemná výměna názorů.
- Konzumentský vztah, kde aktivitu přebírá lékař, přičemž se řídí přáními pacienta, na kterém je závislý z hlediska finančního zabezpečení.
- Zanedbaná, nevýrazná interakce, kdy je nízká kontrola jak na straně lékaře, tak i pacienta.

Výše zmíněné aspekty vztahu mezi lékařem a pacientem mohou podobně hrát svou úlohu také ve vztazích nemocného s dalšími pracovníky pomáhajících profesí, jako jsou zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci atd.

Nedílnou součástí vztahu mezi personálem a pacientem by měl být respekt, který je důležitým aspektem přístupu k druhému člověku, je to ocenění druhého jako lidské bytosti. Beran a Tumpachová (2003) zdůrazňují, že respektem se dokazuje spoluúčast na pacientově (klientově) situaci a také důvěra k němu. Jeho vyjádřením je mimo jiné i to, že profesionál se v čase vyhrazeném pacientovi věnuje výhradně jemu („je zde pro něj“). Respekt je důkazem opravdového přístupu k pacientovi.

Další důležitou podmínkou dobrých interpersonálních vztahů, tedy i vztahu mezi profesionálem a nemocným jedincem, je porozumění a empatie. Empatický lékař (nebo jiný profesionál pracující s pacientem) vyvolává v pacientovi (klientovi) pocit subjektivní blízkosti a osobního zájmu, čímž redukuje napětí a úzkost nemocného, a také je pro pacienta více důvěryhodný (Vymětal, 2003). Podstatu empatického porozumění výstižně shrnuje doporučení Honzáka (1997), aby si profesionál představil, jak by se asi sám cítil v pacientově situaci a co by v této situaci nejvíce potřeboval.

V souvislosti s problematikou vztahu mezi profesionálem a pacientem (klientem) je třeba zmínit angažovanost profesionála, která je rovněž významným aspektem tohoto vztahu. Podle Kopřivy (2006) se angažovanost projevuje zájmem o jedince a jeho problémy, a naopak, známkou neangažovanosti je lhostejnost, rutinní vykonávání různých úkonů a v horším případě i arogance a hrubost. Ovšem i v rámci angažovanosti se může objevit nepříliš žádoucí přístup profesionála, kterým je nadbytečná kontrola nad klienty nebo obětování se pro klienty na vlastní úkor.

Při interakci mezi profesionálem a pacientem či klientem se mnohdy významným způsobem uplatňuje přenos a protipřenos, které tak značně ovlivňují jejich vzájemný vztah. Ze strany pacienta se často jedná o přenesení jeho vztahu k autoritám (například k otci). A naopak ze strany profesionála se může objevit protipřenos, kdy se k pacientovi chová na základě svých zkušeností s rodičovskou rolí (Křivohlavý, 2002). Přestože jsou tyto přenosové vztahy většinou nevědomé, základní povědomost o přenosových vztazích a možnostech jak s nimi zacházet by měla být součástí profesionální výbavy odborníka pracujícího v pomáhajících profesích.

2.4 Komunikace

Komunikace zaujímá ve vztahu mezi nemocným a profesionálem velice významnou úlohu. Problémy ve vzájemné komunikaci bývají jedním z nejčastějších důvodů nespokojenosti s poskytovanou péčí.

Téma komunikace je podrobně rozpracováno v oblasti sociální psychologie. Zde jen krátce zmíníme některé základní informace o této obsáhlé problematice. Komunikace se dělí na verbální a neverbální komunikaci, které většinou probíhají souběžně, ovšem ne vždy bývají ve vzájemné shodě. Může se stát, že jedinec něco říká, ale jeho neverbální projevy mohou obsah sdělení popírat, případně snižovat hodnotu tohoto sdělení, někdy dokonce mohou být naprosto protikladné.

Verbální komunikace probíhá prostřednictvím řeči a rozlišuje se obsahová stránka řeči (co se říká) a paralingvistická stránka řeči (jakým způsobem se to říká). Mezi paralingvistické prvky řeči patří intenzita hlasu, výška tónu, zabarvení hlasu, délka a rychlost řeči, pomlky, pauzy, omyly a chyby v řeči.

K neverbálním způsobům komunikace se řadí proxemika (vzdálenost od druhého člověka), haptika (kontakt, doteky), držení těla, pohyby různých částí těla, gestikulace, mimika a pohledy. Neverbální komunikace často probíhá nevědomě a vyjadřuje postoje k druhému člověku, emoce a přání.

Janečková (2005) uvádí faktory, které ovlivňují kvalitu komunikace ve zdravotnictví:

- Sociální normy a kultura pracoviště (např. v některých zařízeních panuje nepsané pravidlo, co nejméně komunikovat s pacientem a příbuznými).

- Organizační a personální podmínky (nedostatek personálu, časový stres, nedostatek vhodných prostor aj.).
- Sociální podmínky, jako jsou obavy ze stížností a právních sporů, očekávání pacientů atd.
- Etické normy (kodexy práv, doporučené postupy a standardy praxe).
- Komunikační dovednosti personálu.

Komunikační dovednosti (verbální i neverbální) personálu jsou, vedle odborných znalostí a dovedností, důležitou součástí jejich profesního vybavení. Bohužel právě v této oblasti mívá hodně profesionálů určité nedostatky.

Pro správně vedenou komunikaci s pacientem (případně klientem) jsou důležité následující zásady (Honzák, 1997):

- Vědět, co chceme říci.
- Vybrat vhodný čas a vhodné místo pro předání důležité informace.
- Rozhodnout, jak nejlépe informaci podat.
- Mluvit zřetelně a srozumitelně a zvolit přiměřené tempo a tón řeči.
- Sledovat a brát v úvahu reakce a pocity pacienta, zejména projevy zmatku, hněvu, úzkosti či akceptace.
- Udržovat přiměřený oční kontakt a kontrolovat své neverbální projevy.
- Umožnit pacientovi, aby se také vyjádřil.
- Sledovat, zda pacient obsah sdělení přijal a pochopil.

Z uvedeného vyplývá, že základní a nejdůležitější podmínkou je to, že komunikace nesmí být jednostranná, musí být založena na vzájemné diskusi a je třeba vnímat, jak sdělení (verbální i neverbální) působí na partnera v komunikaci. Neméně důležité jsou také respekt a úcta k pacientovi (klientovi) a empatie.

Komunikace s pacienty neznamena jen prosté sdělování informací, ale je třeba brát v úvahu také neverbální a paralingvistické prvky komunikace, které jedinec často může vnímat silněji než samotný obsah sdělení. Křivohlavý (1980, s. 10) upozorňuje na základní sociálně psychologický aspekt komunikace: *„způsob, kterým něco druhému člověku sdělujeme, tlumočí mu nejen věcnou informaci, ale i náš vztah k tomu, co říkáme a náš postoj k tomu, komu to říkáme“*.

2.5 Práva pacientů

Důležitým faktorem, který se na spokojenosti pacientů může rovněž podílet, je respektování a dodržování jejich práv. Práva pacientů jsou přesně definována v etickém kodexu *Práva pacientů*, který byl vyhlášen Centrální etickou komisí MZ ČR v roce 1992 (citováno dle Haškovcové, 2002, s. 99-100):

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými odborníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má seznámení s nimi i právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo předem vědět, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Přestože tento etický kodex je závazný a měl by být všeobecně dodržován, mnozí pacienti mají zkušenost, že tomu tak vždy není. Přičemž příčiny mohou být jak na straně zdravotníků, tak i na straně samotných pacientů. Někteří pacienti možná nemají dostatečné informace o tom, jaká mají práva a že mohou vyžadovat jejich dodržování, nebo případně o svých právech vědí, ale v důsledku silně zakořeněné podřízenosti role pacienta se je neodvážejí vyžadovat.

Bohužel pro některé zdravotníky není dodržování práv pacientů úplnou samozřejmostí. Příkladem toho je třeba diskuse na téma práv pacientů, kterou zmiňuje Haškovcová (2002). Diskuse proběhla na stránkách Zdravotnických novin v roce 1992, kdy byl u nás vyhlášený etický kodex o právech pacientů. Někteří lékaři zde zpochybňovali tento dokument a polemizovali o tom, zda pacienti vůbec mají mít nějaká práva, zda je potřebují, zda jich nebudou vůči lékařům zneužívat apod.

3 Péče o jedince s duševním onemocněním

V této kapitole se budeme zabývat problematikou péče o jedince s duševním onemocněním a spokojeností duševně nemocných s poskytovanou péčí, které se věnuje empirická část této práce.

Různé aspekty spokojenosti s péčí, které jsou na teoretické úrovni popsány v předchozí části, se samozřejmě uplatňují i v oblasti duševního zdraví. Ovšem, jak již bylo zmíněno, jedním z faktorů, které mohou spokojenost také jistým způsobem ovlivňovat, je charakter a průběh onemocnění a také jeho léčba. Proto je třeba zohlednit určitá specifika duševního onemocnění a péče o jedince s duševním onemocněním.

3.1 Problematika duševního onemocnění

Pojem duševní onemocnění v sobě skrývá velice rozsáhlou oblast různých duševních poruch, které mají rozmanité charakteristiky a projevy. Naší cílovou skupinou jsou jedinci, kteří trpí dlouhodobým duševním onemocněním, někdy se také používají synonyma chronické duševní onemocnění či závažné duševní onemocnění (severe mental illness). Pod termínem závažné duševní onemocnění, který pochází z anglosaské literatury, jsou zahrnuty hlavně tyto diagnózy:

- psychózy (F20 – F29)
- afektivní poruchy (F30 – F39)
- poruchy osobnosti (F60).

Nyní stručně popíšeme obecné charakteristiky a projevy zmíněných diagnóz podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

Do skupiny diagnóz F20 – F29 patří schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy, přičemž nejčastějším onemocněním z této skupiny je schizofrenie. Schizofrenní poruchy jsou charakterizovány poruchami myšlení a vnímání (bludy, halucinace, neschopnost rozlišovat podstatné od nepodstatného, nesouvislé myšlení a následně i řeč), dále poruchami afektivity (oploštělost či nepřiměřenost emočních reakcí, apatie, negativismus) a v některých případech se časem může vyvinout také kognitivní deficit. Nemoc ovlivňuje osobnost jedince, jeho pocit individuality, jednotnosti a autonomie, dalšími důsledky bývají ztráta zájmů, nečinnost, narušení vztahů a sociální stažení.

Skupina F30 – F39 je charakterizována změnami nálady či afektivity a celkové aktivity. Tyto změny mohou nabývat různých kvalit od poklesu (depresivní fáze) k elaci (manická fáze) a různého stupně (mírné, středně těžké až těžké změny). Pro manickou fázi je typická povznesená nálada, zvýšená tělesná i duševní aktivita, neschopnost udržení pozornosti, vysoké sebevědomí, přehnaný optimismus a ztráta sociálních zábran. A naopak depresivní fáze je provázena skleslou náladou, poklesem energie, snížením aktivity, zhoršením koncentrace a pozornosti, sníženým sebevědomím a pesimismem, časté bývají poruchy spánku a apetence. Tyto změny nálady mohou značně ovlivňovat fungování jedince v jeho každodenním životě, jeho společenské a pracovní aktivity.

Pro specifické poruchy osobnosti F60 je typické výrazné narušení charakterových vlastností osobnosti a chování jedince (chování se značně odlišuje od běžných norem v dané společnosti), což se většinou projevuje závažným osobním a sociálním selháním. Porucha osobnosti se může projevovat v různých oblastech, může být narušena například afektivita, impulsivita, způsob vnímání a myšlení, vztahy k druhým lidem. Narušení osobnosti a chování je trvalé a je velice špatně terapeuticky ovlivnitelné.

Je zřejmé, že se jedná o velice rozmanitou paletu různých příznaků a projevů různých onemocnění, a to nejen mezi zmíněnými skupinami diagnóz, ale i v rámci těchto skupin. Navíc se nemusí jednat pouze o jedinou konkrétní diagnózu, ale často se objevují kombinace dvou či více diagnóz, jejichž projevy mohou být ještě rozmanitější a komplikovanější. Kromě vlastních příznaků a projevů nemoci, je důležitý také průběh onemocnění, zda se jedná o jednorázovou epizodu nebo o chronický průběh s opakovanými atakami. Při chronickém průběhu mívá onemocnění závažnější důsledky a výrazněji ovlivňuje život jedince, často se jedná o celoživotní postižení. Ovšem chronifikace duševního onemocnění není způsobena jen nemocí samotnou, ale i tím, jak se jedinec se svou nemocí vyrovnává a jaké jsou reakce a vliv jeho sociálního okolí.

Pro jedince se závažným duševním onemocněním bývá charakteristická tzv. vulnerabilita (zranitelnost), jako predispozice organismu či osobnosti, na jejímž základě může, za určitých podmínek (např. v zátěžových situacích), nemoc propuknout nebo dojít ke znovuobjevení příznaků nemoci (relapsu). Vulnerabilita snižuje schopnost jedince vyrovnávat se s každodenními událostmi a psychickými stavy, které zdravý člověk zvládá bez výraznějších potíží. Psychologické a sociální vlivy se zároveň opět podílí na formování této zranitelnosti (Kalina, 2001).

Podle Rahna a Mahnkofové (2000) je třeba posuzovat a vnímat duševní onemocnění nejen podle příznaků nemoci, ale také z hlediska různých existenčních rovin nemocného jedince a také z hlediska sociálních následků nemoci. S tímto požadavkem koresponduje systematika navržená Světovou zdravotnickou organizací, která rozlišuje mezi poškozením (impairment), zneschopněním (disability) a znevýhodněním (handicap) v důsledku nemoci. Poškození je chápáno jako přímý následek nemoci. Pokud poškození způsobí narušení či zničení určité funkce stává se pak zneschopněním. Znevýhodnění pak vzniká tehdy, když omezení či narušení funkce negativně ovlivňuje sociální fungování jedince a kvalitu jeho života (např. omezení nezávislosti, volnočasových aktivit, sociální integrace, ekonomických a pracovních možností, osobních vztahů, produktivity). U jedinců s duševním onemocněním bývá v důsledku nemoci ovlivněna kvalita života v těchto oblastech:

1. dostupnost materiálních zdrojů
2. objektivní fungování v sociálních rolích
3. subjektivní spokojenost.

Podobně také Corrigan, Schade a Liberman (1991) popisují, že závažné duševní onemocnění ovlivňuje společenské fungování jedince a často mu velice znesnadňuje život. Někteří nemocní nejsou schopni adekvátně komunikovat s okolím, jsou odcizeni od svých příbuzných a přátel, mají problémy se zvládáním každodenních povinností a nejsou schopni nalézt a udržet si práci.

Duševní onemocnění výrazně ovlivňuje sociální i osobní život jedince, protože mu způsobuje různé potíže k kontaktu s okolím a ve vztazích s druhými lidmi, ovšem toto působení je vzájemné. Také sociální prostředí jedince s duševním onemocněním má výrazný vliv na průběh nemoci. Nemocný je vystaven nejen omezením, které mu způsobuje vlastní onemocnění a jeho příznaky, ale také sociálním vlivům z blízkého i širšího okolí. Styx (2003) poukazuje na základní skutečnost, že každá dispozice se může vyvíjet jen v určitém příznivém prostředí, proto každá porucha či onemocnění vznikají a posilují se až v interakci s prostředím.

Nejdůležitějším sociálním prostředím každého jedince, tedy i jedince s duševním onemocněním, je jeho rodina a nejbližší okolí. Rodina může jedinci poskytovat důležitou sociální oporu, ale na druhou stranu může být významným zdrojem jeho potíží a komplikovat nemocnému již tak složitou životní situaci.

Vztahy v rodině zásadně determinují sociální zkušenost jedince, ovlivňují způsob jeho komunikace, řešení konfliktů, vzorce chování atd. Největší vliv má rodina

samozřejmě v období vývoje jedince (v dětství a v dospívání), ovšem významně se uplatňuje i v dospělosti, kdy vliv primární rodiny nebývá již tak silný a na místo primární rodiny většinou nastupuje nová rodina.

První projevy duševního onemocnění se často objevují v období dospívání a časné dospělosti a významným způsobem ovlivňují osamostatňování jedince od původní rodiny a jeho nezávislost. Výskyt onemocnění může podněcovat zvýšenou péči, emoční angažovanost a starostlivost rodičů či dalších příbuzných, která někdy přechází až v hyperprotektivitu. U některých rodičů či příbuzných se mohou objevovat silné pocity viny, že nemoc způsobili, které kompenzují právě zvýšenou péčí. Nemocný jedinec se tak může ocitnout v situaci, že nedokáže existovat bez rodičů, protože často tvoří jeho jedinou sociální síť a poskytují mu nezbytné materiální zabezpečení, ale zároveň s nimi nemůže žít, protože mu vlastně ztěžují a komplikují jeho život (Probstová, 2005).

V některých případech může rodina nemocného naopak odmítat a neposkytuje mu potřebnou podporu a péči, což nemocnému také způsobuje mnohé komplikace a ztěžuje jeho život.

V rodinném kontextu duševního onemocnění nelze opominout také problematiku partnerství a rodičovství, protože duševní onemocnění jedince může mít negativní vliv na zvládání příslušných rolí. Jak již bylo zmíněno, závažné duševní onemocnění mnohdy jedinci znesnadňuje zvládání každodenních povinností, což může přinášet problémy při naplňování partnerské či rodičovské role, a to jak z hlediska vztahové a emoční stránky, tak i z hlediska materiálního (péče o domácnost, finanční zajištění rodiny apod.).

Pro příbuzné a rodinné příslušníky (rodiče, sourozence či partnery a případně i vlastní děti nemocného) představuje onemocnění člena rodiny velkou zátěž, prožívají velkou nejistotu, strach či beznaděj. Často vůbec nemají přístup k potřebným informacím a nevědí, jak se mají k nemocnému chovat a co dělat. Některé projevy duševního onemocnění člena rodiny, jako třeba pasivita a apatie či přehnaná aktivita, zanedbávání hygieny a čistoty, porušování zaběhnutých rodinných stereotypů, stažení se, zvláštnosti v chování apod., mohou velmi zasahovat do rodinného života a způsobovat různé potíže. V některých rodinách se může stát, že onemocnění člena rodiny ovlivňuje veškeré dění v rodině a běžný rodinný život ustupuje zcela do pozadí. Proto je třeba při léčbě jedince s duševním onemocněním pracovat i s jeho rodinou (Dörner a kol., 1999).

Jedinec s duševním onemocněním, ale i jeho rodina a blízké okolí, jsou vystaveni sociálnímu hodnocení duševní nemoci, které může být ovlivněno různými předsudky. Jedná se o rozsáhlou problematiku společenské stigmatizace a diskriminace jedinců s duševním onemocněním, která velmi negativně ovlivňuje život nemocných a jejich okolí. Stigmatizace bývá častou příčinou vyloučení a izolace nemocných (případně i jejich rodin) ze společnosti. Chromý (1990) v této souvislosti hovoří o stereotypu duševní nemoci, což je určité zobecněné a silně zakořeněné mínění o lidech s duševním onemocněním, které vychází z laického pohledu na tuto problematiku a vyplývá z potřeby kategorizovat. Stereotyp jedince s duševním onemocněním zahrnuje převážně negativní vlastnosti, jako je nespolehlivost, nepředvídatelnost, podivínství, sklon k násilí apod.

K negativnímu postoji společnosti velkým dílem přispívají i média, která veřejnost nedostatečně a nepřesně informují o problematice duševního onemocnění, případně zveličují a dramatizují některé případy, kdy se nemocný choval agresivně. Negativní postoje společnosti se projevují v přístupu lidí k jedincům s duševním onemocněním, lidé se jich bojí, odmítají je a nechtějí s nimi přijít do kontaktu. Příkladem společenské diskriminace jedinců s duševním onemocněním je třeba neochota zaměstnavatelů přijímat tyto jedince do práce.

Baudiš a Libiger (2002) upozorňují, že stigmatizující postoje se mnohdy objevují i mezi odborníky, kteří s nemocnými pracují a ovlivňují tak jejich přístup k nemocným. A tyto negativní postoje pak často sdílejí i samotní nemocní a jejich rodiny.

3.2 Léčba a péče o jedince s duševním onemocněním

Léčba jedinců s duševním onemocněním by měla být komplexní a je třeba vhodně kombinovat různé způsoby terapie, jimiž jsou farmakoterapie, psychoterapie a psychosociální rehabilitace.

Farmakoterapie, která je v mnoha případech nezbytnou a důležitou součástí léčby, slouží k odstranění či zmírnění psychiatrických symptomů nemoci (bludy, halucinace, změny nálady apod.). Ovšem často je spojena s mnoha problémy. Přestože v současné době je k dispozici velké množství různých preparátů, ne pro každého se najde vhodný lék. Je známo, že u některých jedinců žádný z dostupných preparátů nezabírá.

Problémem také může být nalezení vhodného dávkování. Obrovskou komplikací farmakoterapie je velké množství nežádoucích účinků psychofarmak (zvláště některých neuroleptik a antidepresiv), které je někdy nutné eliminovat podáváním dalších léků. Nežádoucí účinky bývají velmi častou příčinou nedodržování předepsaného dávkování či vysazování léku, což má za následek snížení účinku, vzhledem k tomu, že u zmíněných psychofarmak je nezbytné dlouhodobé a pravidelné užívání. Zmíněné komplikace mohou být příčinou nespokojenosti nemocného jedince, proto je velmi důležité okolnosti medikace pacientům srozumitelně vysvětlit a hovořit s nimi o případných problémech.

Při léčbě jedinců s duševním onemocněním se využívají různé formy psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná), a také různé psychoterapeutické přístupy a techniky (např. psychoanalýza, kognitivně behaviorální terapie, humanistické přístupy a další), jejichž výběr je kromě jiného ovlivněn i druhem a závažností onemocnění. Psychoterapie duševních poruch představuje velmi rozsáhlou problematiku, ale protože není vlastním předmětem této práce, nebudeme se jí zde zabývat podrobněji.

Téma psychosociální rehabilitace bude ještě zmíněno dále rámci kapitoly o komunitní péči.

Z naznačené problematiky duševního onemocnění vyplývá, že je třeba věnovat velkou pozornost vztahovým a sociálním aspektům péče o jedince s duševním onemocněním, které se zde uplatňují ještě silněji než je tomu třeba u jedinců se somatickým onemocněním.

Podle Styxe (2003) je nezbytnou podmínkou léčby vytvoření bezpečného vztahu provázeného empatií, v němž profesionál nemocného jedince akceptuje. K narušení takového vztahu přispívají zejména tyto faktory:

- manipulace ze strany profesionálů
- upírání vážnosti
- násilná korekce chování.

Probstová (2005) zmiňuje, že způsob péče může negativně ovlivňovat základní onemocnění a dále tak snižovat funkční kapacitu nemocného. Hovoří se pak o institucionalizačním syndromu (hospitalismu), při němž se kombinují vlivy duševního onemocnění a prostředí. Hospitalismus se projevuje apatií, ztrátou iniciativy, ztrátou zájmu, poddajností, nedostatečným vyjadřováním pocitů nebo vyjadřováním zlosti vůči nespravedlivému nebo tvrdému chování personálu, ztrátou individuality, zhoršením osobní hygieny a návyků.

Důležitý je také fakt, že nemocný si v některých fázích nemusí být své nemoci vědom (chybí mu náhled). Nedostatečný náhled nemoci se často nepříznivě projevuje ve spolupráci při léčbě (hlavně v počáteční fázi léčby) a případně může negativně ovlivňovat pacientovu spokojenost s péčí.

Značně problematickým faktorem při léčbě jedinců s duševním onemocněním jsou nedobrovolné hospitalizace. Na základě platné legislativy je nedobrovolná hospitalizace v psychiatrickém zařízení indikována v těchto případech (citováno dle Peichla, Buriánka a Kališové, 2006, s. 164):

1. osoba, která jeví známky duševní choroby či intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí;
2. není-li možné si vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocné osoby vyžádat její souhlas a jde o neodkladné výkony k záchraně života či zdraví;
3. nesvéprávná osoba, je-li nutno provést neodkladné výkony nezbytné k záchraně jejího života či zdraví a opatrovník či zákonný zástupce nedal souhlas.

Také Rahn a Mahnkopfová (2000) v rámci specifík péče o jedince s duševním onemocněním zmiňují problematiku násilí. Jedinci s duševním onemocněním se mohou z různých důvodů (průběh onemocnění, osobnostní charakteristiky jedince a situační vlivy, jako třeba vysoký počet pacientů, prostorové uspořádání zařízení, nedostatek aktivit) chovat násilně, ale současně se často stávají oběťmi násilného chování ze strany ošetřujícího personálu, k němuž je možno řadit i používání omezovacích prostředků.

Používání omezovacích prostředků je v současné době velmi diskutovaným tématem. K omezovacím prostředkům patří určitá terapeutická a preventivní opatření, která omezují volný pohyb a jednání pacienta. Užívají se při zvládání neklidných a agresivních pacientů a měly by být používány jen v krajních případech po nezbytně dlouhou dobu, když byly vyčerpány všechny dostupné nerestriktivní postupy. Nesmějí být používány pro usnadnění péče nebo jako výchovný prostředek či forma trestu (Baudiš a kol., 2006).

Užívání omezovacích opatření a prostředků v psychiatrii, k nimž patří nedobrovolná hospitalizace a léčba, fyzické omezování v pohybu, nucená medikace a umístění do izolace, je předmětem výzkumu mezinárodního projektu EUMONIA, který proběhl ve 12 evropských zemích, včetně České republiky. Jeho cílem je zmapování současné praxe v jednotlivých zemích a vytvoření jednotné evropské směrnice nejvhodnějšího postupu v této oblasti, který by respektoval důstojnost a práva jedinců s duševním onemocněním (Kališová a kol., 2004).

Ke zmíněnému tématu se často vztahují stížnosti pacientů, kteří se léčí v psychiatrických zařízeních. Podle Baudiše (2002) bývají nejčastějšími příčinami stížností psychiatrických pacientů nesouhlas s hospitalizací, nevhodná, neúčinná nebo poškozující léčba, chování personálu (hlavně nátlak), špatné prostředí a nesouhlas s diagnózou, přičemž stížnosti na psychiatrickou péči patří mezi nejčastější stížnosti v oblasti zdravotnické péče a nejvíce z nich se týká psychiatrických léčení.

Psychiatrické léčebny bývají často kritizovány kvůli nedodržování etických norem a práv pacientů. O určitých nedokonalostech a problémech v tomto směru svědčí i výsledky jedné studie zabývající se dodržováním práv a etiky v některých léčebnách (Stuchlík, Pfeiffer a Pěč, 2004). K významným zjištěním této studie patří určité nevyhovující zvyklosti v praxi léčení, například omezování samostatných vycházek u dobrovolně hospitalizovaných pacientů, vágní přístup k výkladu pojmu „informovaný souhlas“, nedostatečné soukromí a pohodlí pacientů (často způsobené velkým počtem pacientů na jednom pokoji) či nedostatečná informovanost pacientů o možnostech a postupu podávání stížností.

3.3 Péče v oblasti duševního zdraví v ČR

V České republice v současné době existují různé typy zařízení poskytující psychiatrickou péči, které lze rozdělit do tří skupin (dle návrhu Koncepce psychiatrické péče v ČR, 1997):

- Ambulantní péče (psychiatrické ambulance, sexuologické ambulance, psychologická pracoviště a AT poradny zabývající se problematickou závislostí).
- Intermediární péče (krizová centra, denní stacionáře, sociální centra a kluby, zařízení domácí péče, chráněná pracoviště a chráněné bydlení).
- Lůžková péče (psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické kliniky, psychiatrické léčebny, specializovaná forenzně psychiatrická zařízení, oddělení pro poruchy paměti a lázeňská psychiatrická zařízení).

Zařízení intermediární péče jsou mezičlánkem mezi ambulantní a lůžkovou péčí a využívají pozitivních prvků z obou typů péče, jsou určitou alternativou psychiatrické hospitalizace. Těmto zařízením se budeme věnovat ještě dále v rámci komunitní péče.

Lůžková psychiatrická péče je u nás poskytována především ve velkých psychiatrických léčebnách (téměř 90% lůžkové kapacity), které i přes současný proces humanizace (např. zlepšování hygienických podmínek, snižování počtu lůžek na pokojích) nejsou optimálním prostředím. Pouze kolem 10% lůžkové kapacity je soustředěno do psychiatrických oddělení nemocnic. Možnost lůžkové péče poskytují také některá krizová a stacionární zařízení.

Hlavním úkolem psychiatrických léčeben je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychiatrických pacientů. Léčba akutních psychických stavů by měla být soustředěna spíše do psychiatrických oddělení nemocnic, ovšem při současném stavu rozdělení lůžkové kapacity přebírají v mnoha případech léčbu akutních stavů léčebny.

Současná politika péče v oblasti duševního zdraví by měla vycházet z nové koncepce oboru psychiatrie, která byla schválena vědeckou radou MZ ČR v roce 2000 (citováno dle Raitera a Žáčkové, 2006, s. 5): *„Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách.“* A hlavními prvky této koncepce jsou: redukce lůžek v léčebnách, posílení kapacity akutních psychiatrických oddělení, vybudování sítě krizových center, denních stacionářů a zařízení pro chráněnou práci a chráněné bydlení, rovnoprávné zapojení nemocných a jejich okolí do léčby, systematické sledování kvality poskytované péče a společenská destigmatizace duševního onemocnění.

V souladu s touto koncepcí oboru psychiatrie je systém komunitní péče, který již funguje v některých západoevropských zemích, a v určité míře se uplatňuje také v našich podmínkách. Ovšem podle názorů mnohých odborníků, kteří se v této oblasti pohybují, není současný stav v oblasti psychiatrické péče u nás příliš ideální. Například Pěč (2007) ve svém příspěvku zmiňuje, že kapacita lůžkové péče v psychiatrických léčebnách se stále příliš nesnížila, není vytvořena fungující síť denních stacionářů, krizových center a rezidenčních služeb, kterých je stále nedostatek, a velkým problémem je také nedostatečná spolupráce mezi ambulantní, intermediární a lůžkovou sférou.

3.4 Komunitní péče

Rozvoj komunitní psychiatrické péče souvisí s procesem desinstitucionalizace, který se u nás začal rozvíjet v devadesátých letech dvacátého století (na rozdíl od řady západních zemích, např. Velké Británie, USA, Itálie, kde tento proces započal již v šedesátých letech dvacátého století). Proces desinstitucionalizace je charakterizován plánovaným snižováním počtu psychiatrických lůžek a přesunem psychiatrické péče z velkých psychiatrických léčeben a nemocnic do mimonemocničních (extramurálních) forem péče, které jsou co nejbližší přirozenému prostředí jedinců s duševním onemocněním (Pěč a Pfeiffer, 1994).

Komunitní péče představuje systém terapie, pomoci a podpory, který pomáhá lidem s vážnějším zdravotním postižením v tom, aby mohli, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem, žít v podmínkách běžného života. Tato péče je poskytována profesionály přímo v komunitě (společnosti), přičemž komunita sama je při léčbě pomocným faktorem (Pfeiffer, 2002).

Szmukler a Thornicroft (2001) definují komunitní psychiatrickou péči na základě těchto principů:

- Péče vycházející z potřeb vyskytujících se v dané populaci.
- Regionální sítě služeb s širokou škálou možností a dostatečnou kapacitou.
- Poskytování odborné pomoci jedincům s duševním onemocněním by mělo být založené na důkazech účinnosti.

Rahn a Mahnkopfová (2000) shrnují důležité charakteristiky, které by komunitní psychiatrická péče měla splňovat, aby mohla poskytovat efektivní péči:

- Péče musí být komplexní.
- Musí uspokojovat různorodé potřeby klientů.
- Jednotlivé prvky systému péče musí být propojené a otevřené ve vztahu ke klientům.
- Poskytované služby musí být přehledné a transparentní.
- Neustálé sledování kvality poskytované péče.

Autoři dále uvádí, že komunitní péče má v protikladu k velkým léčebnám určité výhody: zajišťuje vyšší kvalitu života, umožňuje lepší sekundární a terciární prevenci a pozitivní ovlivňování průběhu závažných duševních onemocnění, podporuje u nemocných větší samostatnost a snižuje diskriminaci a jejich vyčlenění ze společnosti.

V rámci problematiky komunitních služeb je třeba také zmínit pojem psychiatrická či psychosociální rehabilitace, která doplňuje klinickou léčbu. Klinická léčba (farmakoterapie a psychoterapie) je zaměřená hlavně na odstraňování či zmírňování symptomů onemocnění, přičemž negativní důsledky duševního onemocnění a funkční postižení v různých oblastech života mohou u některých jedinců přetrvávat a vést k silnému sociálnímu znevýhodnění a snížené kvalitě života. A na tyto problémy se zaměřuje psychiatrická rehabilitace. Anthony a Liberman (2002) uvádí dvě základní intervenční strategie psychiatrické rehabilitace:

1. rozvíjení dovedností nemocného
2. podpora a rozvíjení přirozených zdrojů prostředí.

Proces rehabilitace se zaměřuje na zvyšování kompetencí jedinců s duševním onemocněním, aby mohli lépe zvládat běžné nároky života, a tím jim pomáhá zlepšit fungování ve společnosti.

Komunitní služby poskytují nemocným se závažnými a trvalými duševními problémy komplexní péči, která zahrnuje tyto oblasti (Shepherd, 2002):

- bydlení
- práce a zaměstnání
- krizové služby
- akutní lůžková péče.

Základem komunitní psychiatrické péče je propojení jednotlivých prvků systému péče (ambulantní, lůžkové a intermediární) a poskytování komplexní péče týmem různých profesionálů (psychiatri, psychologové, zdravotní sestry, sociální pracovníci, pracovní terapeuti). Důležitý je také důraz na dodržování lidských práv uživatelů péče a snaha o destigmatizaci jedinců s duševním onemocněním. A neméně důležitým prvkem komunitní péče jsou svépomocná hnutí a skupiny nemocných či jejich rodinných příslušníků a přátel.

Podstatnou složkou komunitní péče jsou zařízení intermediární péče, která zahrnují následující typy péče (dle návrhu Koncepce psychiatrické péče, 1997):

- Denní stacionáře (případně i noční stacionáře), jejichž úkolem je poskytovat péči nemocným, kteří vyžadují intenzivnější léčbu, s cílem zamezit či zkrátit hospitalizaci. V rámci denních stacionářů je poskytována systematická a intenzivní psychoterapie a psychosociální rehabilitace.

- Krizová centra, která jsou zařízením prvního kontaktu v případě akutních krizových situací a stavů, jsou volně dostupná a klient se nemusí objednávat. Součástí KC může být i krátkodobá lůžková péče. KC též poskytují telefonickou krizovou intervenci.
- Sociální centra a kluby, která poskytují zázemí, umožňují navazování společenských kontaktů, zdokonalování praktických a sociálních dovedností a také nabízejí volnočasové a rekreační aktivity. Jejich součástí je také informační činnost a sociálně právní poradenství. Jsou určena hlavně pro jedince s dlouhodobým duševním onemocněním.
- Chráněné bydlení, jehož cílem je příprava nemocných k samostatnému způsobu života a soběstačnosti. Umožňuje dlouhodobý pobyt mimo lůžkové zařízení s různou mírou pomoci (od kolektivního bydlení s 24 hodinovým dohledem po samostatné bydlení s občasným dohledem).
- Domácí péče, která zahrnuje pomoc při zvládání základních dovedností u nesoběstačných jedinců (hygiena, vedení domácnosti, hospodaření) a také léčbu v domácím prostředí (např. u jedinců, kteří odmítají hospitalizaci). Její součástí je i práce s rodinou.
- Chráněná práce, jejímž cílem je obnovování či zlepšování pracovních návyků, případně snaha o následné zapojení do běžných pracovních podmínek, u jedinců s duševním onemocněním, pro které normální pracovní podmínky představují nadměrnou psychickou zátěž. Patří sem chráněné dílny, přechodné zaměstnávání a chráněná místa v normálních pracovních podmínkách.
- Případové vedení (case management) představuje dlouhodobou systematickou individuální pomoc a podporu pro jedince, kteří mají problémy s dosahováním svých cílů a obstaráváním různých záležitostí. Je realizováno prostřednictvím případového asistenta, který s klientem sestaví individuální plán a pomáhá při jeho realizaci.

Pro rozvoj a plánování komunitní psychiatrické péče je důležité hodnocení efektivity, kvality a účinnosti poskytovaných služeb. Slade (2002) vymezuje sedm kategorií, které by měly být v hodnocení služeb zahrnuty, k nimž došel v rámci přehledu mnoha publikací zabývajících se hodnocením výsledků služeb v oblasti duševního zdraví. Těmito kategoriemi jsou: stav pohody (well-being), oblast kognice a emocí, chování, fyzické zdraví, interpersonální vztahy, sociální chování ve vztahu ke

společnosti a spokojenost s poskytovanými službami, která poukazuje na negativní i pozitivní aspekty péče. Přičemž k měření výsledků péče lze přistupovat jednak z pohledu pacienta, který je založen na důležité subjektivní zkušenosti, a jednak z pohledu profesionála, který využívá vědeckých poznatků, ale tolik nebere v potaz subjektivní zkušenost pacienta.

Komunitní péče nepředstavuje jen určitý systém péče nebo síť různých zařízení, ale podstatný je hlavně pohled a přístup k problematice duševního onemocnění a možností léčby, který odmítá izolování jedinců s duševním onemocněním. Základní myšlenkou je vytvoření takových podmínek, aby jedinec, i přes různé problémy a omezení vyplývající z jeho nemoci, mohl žít ve svém přirozeném prostředí, aby se mohl co nejvíce zapojit do života společnosti a žít běžný život.

3.5 Spokojenost s péčí v oblasti duševního zdraví

Jak již bylo zmíněno, spokojenost pacientů či klientů s poskytovanou péčí je důležitým indikátorem kvality služeb v různých zařízeních a je důležitou zpětnou vazbou pro profesionály, kteří péči poskytují.

Pro měření spokojenosti v oblasti péče o jedince s duševním onemocněním byla vytvořena řada různých nástrojů, z nichž některé jsou určeny pouze pro určité konkrétní zařízení a jiné jsou použitelné v různých zařízeních. Ovšem vzhledem k velké variabilitě péče a služeb v této oblasti je problematické používat stejný nástroj v různých typech zařízení. Přesto některé aspekty spokojenosti jsou stejně důležité všeobecně (např. kvalita komunikace, respekt a dodržování práv, individuální přístup).

Důležitost interpersonálních vztahů mezi personálem a pacienty potvrzují také Elbeck a Fecteau (1990). Autoři upozorňují na problematickou validitu některých průzkumů spokojenosti s psychiatrickou péčí, které často udávají vysoké hodnoty spokojenosti. Většina těchto průzkumů se ptá na ty aspekty péče, které jsou důležité podle profesionálů. Proto se pokusili (pomocí metody focus group a následného ověření u skupiny pacientů na uzavřeném oddělení) zmapovat i pohled pacientů a zjistili, že pro jejich spokojenost jsou nejdůležitější právě vztahy s personálem.

Lehman a Zastowny (1983) zkoumali různé studie sledující spokojenost pacientů s péčí a službami v oblasti duševního zdraví, přičemž zjišťovali, zda se liší spokojenost

u chronických a nechronických pacientů a spokojenost pacientů v různých typech péče a programů. Jejich analýza odhalila, že chroničtí pacienti vykazují nižší spokojenost s léčbou, ale nebyly zjištěny žádné významné rozdíly ve spokojenosti mezi ambulantním a nemocničním typem péče, objevily se jen rozdíly mezi tradičními a inovativními léčebnými programy, přičemž inovativní programy byly posuzovány pozitivněji.

Hawthorne a kol. (1999) sledovali rozdíly mezi léčbou v krátkodobém rezidenčním programu a hospitalizací na akutním psychiatrickém oddělení na vzorku nemocných s různými diagnózami, jednou ze sledovaných charakteristik byla také spokojenost pacientů. Výsledky neukázaly významné rozdíly ve spokojenosti pacientů v obou těchto programech.

Maffei, Shea a Stewart (2003) upozorňují na skutečnost, že je velmi obtížné měřit spokojenost hospitalizovaných pacientů, kteří jsou v akutní fázi nemoci, protože s akutní atakou některých nemocí (např. schizofrenie, schizoafektivní porucha či těžká deprese) je spojený určitý kognitivní deficit, který může zásadně ovlivňovat pacientovu schopnost zúčastnit se průzkumu spokojenosti. Přesto je to za určitých podmínek možné, ale je třeba sledovat spokojenost průběžně (denně) pomocí srozumitelného dotazování na různé aspekty péče (např. vlídnost personálu, kvalita skupinových sezení, pocit bezpečí, kvalita jídla a podpora pacientovy spoluúčasti na vlastní léčbě) a je důležité pacienty ujistit, že jejich připomínky mají velký význam. Navíc autoři zmiňují zajímavé zjištění, že mnoha případech se zjišťování spokojenosti pacientů stalo léčebným prostředkem samo o sobě.

V České republice proběhlo rozsáhlé šetření sledující spokojenost hospitalizovaných psychiatrických pacientů v různých nemocnicích a psychiatrických léčebnách (Raiter a Žáčková, 2006). Spokojenost pacientů byla hodnocena pomocí standardizovaného Pickerova dotazníku v osmi dimenzích kvality péče:

- přijetí do nemocnice
- respekt, ohled, úcta
- koordinace a integrace péče
- informace, komunikace a vzdělávání
- tělesné pohodlí
- citová opora a zmírnění strachu a úzkosti
- zapojení rodiny a přátel
- propuštění a pokračování péče.

Souhrnná spokojenost pacientů na psychiatrických odděleních nemocnic a v léčebnách dosahovala 70%, ale obecně vyšší spokojenost, a také vyšší spokojenost v dimenzích respekt, ohled a úcta, koordinace a integrace péče, přijetí do nemocnice a v dimenzi informace, komunikace a vzdělávání, vykazovali pacienti psychiatrických oddělení oproti pacientům léčeben, velmi nízká byla hlavně spokojenost s komunikací a podáváním informací v léčebnách.

Spokojenost pacientů v různých typech zařízení byla také sledována v rámci mezinárodní studie EDEN (European Day Hospital Evaluation), jejíž část byla realizována také u nás (Stárková a kol., 2003). Tato studie srovnává účinnost léčby formou denního stacionáře s tradiční hospitalizací na základě různých parametrů (změna psychopatologie, spokojenost s léčbou, sociální postižení, dopad onemocnění na příbuzné pacienta, kvalita života atd.). Podle závěrů této studie se klinický stav zlepšil obdobně v obou skupinách, ale ve skupině DS bylo zaznamenáno významně vyšší skóre kvality života (a to prakticky ve všech hodnocených doménách), zejména v celkové spokojenosti se životem a duševním zdravím. Spokojenost s léčbou se mezi oběma skupinami významně nelišila, přesto zhruba 75% zúčastněných pacientů uvedlo, že pokud by si mohli zvolit formu léčby, vybrali by si denní stacionář.

Příkladem nástroje, který je možno používat v ambulantních zařízeních, je *Charleston Psychiatric Outpatient Satisfaction Scale* (Pellegrin et al., 2001), který obsahuje patnáct položek hodnocených na pětibodové Likertově škále: přístup sekretářky, poskytování informací o placení služby, doba čekání, podávání informací týkajících se potíží pacienta, respekt k pacientovým názorům na léčbu, zda léčebný plán odpovídá individuálním potřebám pacienta, užitečnost služby, celková kvalita poskytované péče, prostředí čekárny, ordinací hodiny (otevírací doba), umístění zařízení, parkování, přehledný měsíční účet a také zda by pacient doporučil tento program (službu) svým přátelům nebo členům rodiny. Podle autorů jsou nejlepším prediktorem celkového hodnocení péče položky týkající se užitečnosti služby a respektu k pacientovým názorům na léčbu.

Hodně používaným nástrojem v oblasti komunitních služeb je multidimenzionální dotazník *Verona Service Satisfaction Scale* (VSSS), který byl přeložen do několika jazyků a použit v mnoha studiích (Ruggeri et al., 2000). Existuje v několika verzích: VSSS-82, střední verze VSSS-54, krátká verze VSSS-32. Je vytvořena také mezinárodní verze VSSS-EU. Tato škála pokrývá sedm dimenzí spokojenosti:

- celková spokojenost s poskytovanými službami

- profesionální schopnosti a chování personálu (odborné dovednosti, důkladnost, naslouchání a porozumění, respekt k právům pacientů, spolupráce mezi členy týmu a také s dalšími službami atd.)
- podávání informací týkajících se služby, samotného onemocnění a možností terapie
- přístup (komfort a pohodlí, umístění služby a cena služby)
- účinnost (celková účinnost služby či zlepšení v dílčích oblastech, jako jsou symptomy, prevence relapsu, sebeobsluha a samostatnost, sociální dovednosti, rodinné vztahy a pracovní schopnosti)
- druh intervence (medikace, pomoc v krizi, psychoterapie, rehabilitace, ubytování, rekreační aktivity, sociálně právní poradenství atd.)
- zapojení příbuzných do léčby (pomoc příbuzným při zvládání s pacientovými problémy, naslouchání a porozumění příbuzným nemocného, poskytování rad a informací).

Bjørngaard, Ruud a Friis (2007) sledovali vliv psychopatologie na spokojenost pacientů, která byla posuzována z hlediska vztahu mezi pacienty a profesionály (dostatek času na vzájemný kontakt, schopnost profesionálů naslouchat a porozumět, společné plánování intervencí, respekt k pacientovým názorům, možnost ovlivňování léčby pacientem a spolupráce mezi profesionály). Ve své studii zjistili, že spokojenost je pozitivně spojena s léčebnými výsledky, lepším zdravotním stavem, ženským pohlavím, vyšším věkem a méně závažnými psychiatrickými symptomy.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíle výzkumu

Cílem praktické části této práce je sestavení nástroje, který by umožnil sledovat spokojenost pacientů (klientů) s poskytovanou péčí, a následné otestování vytvořeného nástroje v podmínkách praxe, přičemž jsme se zaměřili na oblast komunitních služeb, které poskytují zdravotně sociální služby jedincům s duševním onemocněním.

Spokojenost uživatelů služeb je jedním z důležitých kritérií pro hodnocení úspěšnosti a kvality péče, protože představuje významný a jedinečný pohled z pozice jedinců, pro které jsou tyto služby určeny. Sledování spokojenosti může být užitečné jak pro poskytovatele péče, pro něž představuje důležitý zdroj informací o výsledcích jejich práce, tak pro uživatele péče, kteří tak mají možnost vyjádřit své stanovisko k poskytované péči a k jejímu průběhu.

Důležitou podmínkou vytvoření nástroje sledujícího spokojenost klientů služeb komunitní péče, je zmapování různých aspektů péče, které případně mohou spokojenost ovlivňovat. Nejlepší informace o této problematice mohou poskytnout lidé, kteří mají praktické zkušenosti se službami a péčí v oblasti duševního zdraví, což jsou v první řadě jedinci s duševním onemocněním, kteří mívají bohaté zkušenosti s různými zdravotnickými a sociálními službami v této oblasti, případně také jejich rodinní příslušníci. Významné jsou i zkušenosti profesionálů pracujících v těchto službách.

Vytvořený nástroj sledující spokojenost s péčí je potom třeba vyzkoušet v praxi. Výsledky pilotního šetření poslouží také ke stanovení psychometrických charakteristik nástroje a ověření srozumitelnosti jednotlivých položek. Tyto výsledky pak mohou být podkladem pro další úpravy prvotní verze nástroje.

Empirická část této práce je rozdělena do dvou etap:

1. Mapování různých aspektů spokojenosti s péčí a sestavení nástroje na hodnocení spokojenosti.
2. Pilotní testování vytvořeného nástroje u vzorku klientů komunitních služeb.

5 Mapování problematiky spokojenosti s péčí

O problematice spokojenosti s péčí je k dispozici množství literatury a výzkumných prací, v nichž je popsána celá řada různých aspektů spokojenosti. Část této literatury je zmíněna v teoretické části této práce. Přesto jsme k dostupným informacím o této problematice chtěli získat ještě pohled na problematiku spokojenosti s péčí v oblasti duševního zdraví v českých podmínkách, zvláště nás zajímala případná specifika péče a spokojenosti s péčí u nás z pohledu jejích uživatelů i poskytovatelů.

5.1 Metoda

Při mapování zmíněné problematiky jsme použili metodu řízených skupinových rozhovorů (focus groups) patřící mezi kvalitativní techniky získávání dat. Focus groups neboli ohniskové skupiny (Morgan, 2001; Miovský, 2006) jsou skupinové rozhovory vedené moderátorem či koordinátorem diskuse, kdy účastníci společně diskutují na předem dané téma. Cílem těchto skupinových rozhovorů je získání informací o určitém problému s využitím skupinové dynamiky, která podporuje spontaneitu vyjadřování jednotlivých účastníků a umožňuje zjištění širších souvislostí zkoumané problematiky. Jako vhodný počet účastníků skupinové diskuse se uvádí 6 až 10 účastníků.

Pro průběh ohniskových skupin jsou důležitá určitá pravidla, k nimž například patří:

- hovoří vždy jedna osoba
- nemělo by docházet k vedlejším rozhovorům jen mezi některými účastníky
- diskuse se mají účastnit všichni členové skupiny
- každý má právo vyjádřit svůj názor
- každý se může vyjádřit k názorům jiného účastníka, ale nemá právo ho odsuzovat nebo snižovat hodnotu jeho názorů
- každý může odmítnout odpovědět, když mu to z různých důvodů není příjemné
- každý může v případě nutnosti ukončit svou účast ve skupině.

Z hlediska strukturovanosti diskuse se rozlišují tři druhy ohniskových skupin (strukturované, semistrukturované a nestrukturované). V našem výzkumu jsme použili semistrukturovaného vedení skupin, kdy účastníci diskutovali v rámci předem připravených otázek týkajících se tématu spokojenosti s péčí.

Diskuse probíhala na základě těchto otázek týkajících se tématu spokojenosti s péčí v oblasti duševního zdraví:

- Co si představujete pod pojmem spokojenost s péčí o jedince s duševním onemocněním a co podle Vás přispívá ke spokojenosti nebo co ji naopak snižuje?
- Které jsou tři nejdůležitější věci, o nichž si myslíte, že nejvíce přispívají ke spokojenosti s péčí?
- Které jsou tři nejdůležitější věci, o nichž si myslíte, že nejvíce snižují spokojenost s péčí?

Z důvodu větší přehlednosti si účastníci zaznamenávali své nápady na připravené listy a následně byli vyzváni ke sdělení těchto nápadů ostatním a k debatě o nich. Moderátor zaznamenával nápady jednotlivých členů skupiny na tabuli, aby je všichni měli stále před sebou. Ze skupinové diskuse byl pořízen zvukový záznam, z něhož pak byl vytvořen doslovný přepis průběhu diskuse, který byl podkladem pro analýzu a pojmenování hlavních témat probíraných v jednotlivých skupinách.

5.2 Charakteristiky souboru

Skupinové diskuse byly realizovány v pěti skupinách. Dvě skupiny tvořili uživatelé služeb pro jedince s duševním onemocněním, jednu skupinu tvořili lidé, kteří mají ve své rodině osobu s duševním onemocněním, a dvě skupiny byly složené z profesionálů, kteří se pohybují v oblasti péče o jedince s duševním onemocněním.

Výběr účastníků ohniskových skupin byl ovlivněn hlavně tím, že realizace skupinového rozhovoru je náročná z hlediska času, musí se sejít dostatečný počet účastníků ve stejnou dobu, a také z hlediska vhodného místa k uskutečnění skupinového rozhovoru. Proto jsme využili možnosti realizovat skupinové diskuse v rámci běžného programu či pravidelného setkávání jednotlivých skupin, kdy účastníci byli ochotni obětovat část svého času, a tím pádem jsme měli k dispozici i místnost vhodnou pro uspořádání skupinového rozhovoru.

Skupina 1

8 účastníků (6 žen, 2 muži), věk 27-64 let.

Klienti sdružení Fokus Praha pracující v chráněné dílně provozované touto organizací.

Skupina 2

11 účastníků (6 žen, 5 mužů), věk 31-62 let.

Členové občanského sdružení Kolumbus, které sdružuje uživatele služeb v oblasti duševního zdraví.

Skupina 3

10 účastníků (pouze ženy), věk 43-67 let.

Členové svépomocné skupiny rodinných příslušníků jedinců s duševním onemocněním, která působí v rámci Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov.

Skupina 4

8 účastníků (6 žen, 2 muži), věk 28-47 let.

Spolupracovníci Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Zastoupení profesí: psychiatr (2), psycholog (4) a sociální pracovník (2).

Skupina 5

8 účastníků (6 žen, 2 muži), věk 24-53 let.

Zaměstnanci Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET.

Zastoupení profesí: psychiatr (3), zdravotní sestra (3) a psycholog (2).

5.3 Výsledky

Zde stručně přiblížíme průběh realizovaných skupinových rozhovorů a přehled témat, která byla v jednotlivých skupinách diskutována.

Skupina 1

Diskuse v této skupině byla o něco kratší než v ostatních skupinách a někteří členové se hůře zapojovali, přesto se diskuse nakonec rozběhla. Zpočátku se účastníci zaměřili na konkrétní záležitosti související s jejich prací v chráněné dílně a potom probírali některé aspekty spokojenosti na základě svých zkušeností i z jiných zařízení.

Velmi důležitá je pro ně důvěra a zájem personálu o jejich problémy. Příkladem je výrok jedné účastnice: *„pocit, že mi ten doktor věří...že ta doktorka je ke mně*

vstřícná...jinde jsem měla třeba pocit, že kecám nebo že si vymejším“. Významných tématem bylo také prostředí psychiatrických léčeben, hlavně uzavřených oddělení, kde nejsou důstojné podmínky pro léčbu jedinců s duševním onemocněním. Například jeden účastník hodnotil pobyt na uzavřeném oddělení léčebny takto: „...*jako prostě, kdybych byl nějakej vrah“.*

Tabulka 1 Přehled témat diskutovaných ve Skupině 1

Důvěra ke klientům či pacientům
Vstřícnost a zájem personálu
Možnost promluvit si o svých problémech
Příležitost ke kontaktu s lidmi
Možnost výdělků a dostatečná finanční motivace (specifické pro chráněné dílny)
Cenová dostupnost léků
Prostředí uzavřených oddělení psychiatrických léčeben (omezování volného pohybu)
Možnost spoluřídít léčbu
Příležitost k seberealizaci

Skupina 2

Členové této skupiny diskutovali o tématu velmi zaujatě, hovořili o problematice spokojenosti s péčí nejen ze svých vlastních zkušeností, ale také na základě zprostředkovaných zkušeností mnohých lidí s duševním onemocněním, kterým jako aktivní členové sdružení Kolumbus pomáhají s různými záležitostmi a potížemi souvisejícími s duševním onemocněním.

Za nejdůležitější aspekt péče považují přístup personálu, který by hlavně měl být „*lidským přístupem*“. Tento přístup zahrnuje kromě jiného i vzájemnou důvěru, respekt a empatii. Nezbytné je také dostatečné podávání informací o nemoci a léčbě. A neméně důležitým faktorem je dostatek kvalifikovaného personálu, ale i prostředí zařízení, v němž je péče poskytována (například čistota či materiální vybavení).

Významným tématem, o němž účastníci hodně hovořili, je diskriminace a stigmatizace jedinců s duševním onemocněním, které se vyskytuje nejen ve společnosti obecně, ale v některých případech i u odborníků pracujících v oblasti péče o duševní zdraví. Účastníci popisovali konkrétní příklady špatného zacházení s pacienty v psychiatrických léčebnách a příklady psychického či fyzického šikanování pacientů ze strany personálu: „*Já jsem viděla, jak smýkla sestra, jak smýkla se starou pacientkou a zařvala na ní... A toto jsem viděla a nemohla jsem zakročit. Jinak by mě tam zavřeli, by řekli, ona je agresivní prostě, napíchli injekci a hotovo.*“

Účastníci také zmiňovali důležitost spolupráce s rodinou či blízkými pacienta, kteří mohou být důležitou oporou pro jedince s duševním onemocněním. Ovšem, na druhou stranu, rodina a okolí někdy mohou nemocnému znesnadňovat život: „...psychiatrie je zneužívaná některými příbuznými, kterým třeba jde o majetky... když ten člověk má velikej majetek, přístup k tomu majetku, tak jsou schopný dát ho prostě do blázince“.

Tabulka 2 Přehled témat diskutovaných ve Skupině 2

Lidský přístup personálu
Dobré vztahy s personálem
Odbornost personálu
Dostatek personálu a spolupráce členů týmu
Cenová dostupnost léků a služeb
Diskriminace a stigmatizace jedinců s duševním onemocněním
Šikana pacientů ze strany personálu
Dodržování práv pacientů
Podávání informací o nemoci a léčbě
Kontakt a spolupráce s rodinou a blízkými
Možnost pracovní terapie nebo nějaké činnosti
Hygiena a čistota zařízení
Materiální vybavení zařízení

Skupina 3

Diskuse ve skupině rodinných příslušníků (nejčastěji rodičů) byla odlišná od obou předchozích skupin. Účastníci posuzovali problematiku spokojenosti jak ze svého pohledu, tak z pohledu svých příbuzných s duševním onemocněním.

Pro rodinné příslušníky bylo nejdůležitějším tématem to, že se s nimi při léčbě dospělého člena jejich rodiny často vůbec nekomunikuje, zvláště pokud si to nemocný nepřeje. Mají pocit, že mají právo vědět všechny informace o nemoci a léčbě, protože se o nemocného starají. Dalším významným tématem byla problematika odmítání léčby ze strany jedince s duševním onemocněním, kdy rodina neví, co s ním má dělat a jak ho přimět k léčbě.

Poté se účastníci zaměřili na některé aspekty spokojenosti s poskytovanou péčí, přičemž za nejdůležitější považují navázání kontaktu lékaře či dalšího personálu s nemocným a následné rozvíjení vztahu, jehož základem je vzájemná důvěra, otevřenost a zájem o problémy nemocného. Velmi důležitá je také komunikace, která zahrnuje i podávání informací ohledně nemoci a léčby, a to jak s nemocným, tak i s rodinou či blízkými lidmi.

Významný podíl na spokojenosti má i efekt léčby, o němž se také diskutovalo. Efekt léčby se někdy nedostavuje, přestože jedinec dodržuje všechny pokyny lékaře a užívá předepsanou medikaci: „*když léčba nemá efekt, tak je nespokojen*“. Proto by personál měl věnovat hodně pozornosti problematice motivování pacienta k léčbě a hledání různých možností léčby.

Dalším důležitým tématem byla odbornost a angažovanost personálu, který by se pacientům měl dostatečně věnovat. Příkladem je výrok jedné účastnice: „*aby to dělal někdo, kdo to umí a chce*“. Účastníci také hovořili o špatných zkušenostech svých příbuzných z hospitalizace v léčebnách (nepříjemné prostředí, nedůstojné zacházení s pacienty atd).

Tabulka 3 Přehled témat diskutovaných ve Skupině 3

Komunikace a spolupráce s rodinou
Dostatečné podávání informací o nemoci a léčbě
Navázání kontaktu a vytváření důvěrného vztahu
Neautoritativní přístup
Motivace pacienta k léčbě
Efekt léčby a hledání různých možností
Časté střídání personálu
Dostatek personálu
Odborná kvalifikace personálu (hlavně středního zdravotnického personálu)
Angažovanost personálu a zájem o pacienty
Návaznost péče a spolupráce různých zařízení

Skupina 4

Členové této skupiny profesionálů probírali téma spokojenosti s péčí na základě svých praktických zkušeností v oblasti péče o duševní zdraví. Nejprve se zaměřili na problematiku systému péče, jehož základem je dostatek kvalitních a dostupných služeb pro jedince s duševním onemocněním, které by měly vzájemně spolupracovat. Neméně důležitá je podle nich odborná kvalifikace personálu.

Poté se pokusili podívat na možné faktory vedoucí ke spokojenosti z pohledu jedinců s duševním onemocněním, pro něž jsou služby určeny. Za podstatný faktor považují přístup a vztah personálu k pacientům či klientům. Základem tohoto přístupu by měla být úcta k člověku, respektování individuálních potřeb a zájem o problémy pacienta či klienta. Vztah mezi profesionálem a pacientem by měl být partnerský, s čímž souvisí adekvátní podávání informací o průběhu nemoci a léčbě a vzájemný

dialog o těchto záležitostech, pacient by také měl mít možnost spolupodílet se na průběhu léčby.

Také se probírala problematika společenské stigmatizace jedinců s duševním onemocněním, která může spokojenost také určitým způsobem ovlivňovat. Příkladem je názor jedné účastnice: „*pacient je spokojený, když se nemusí stydět za to, že jde k tomu psychiatrovi*“.

Tabulka 4 Přehled témat diskutovaných ve Skupině 4

Úcta a respekt k pacientům či klientům
Ohled na individuální potřeby
Ohled na soukromí a důstojnost
Angažovanost personálu a zájem o pacienty
Partnerský vztah mezi profesionálem a pacientem
Podávání informací o nemoci a léčbě
Možnost volby péče
Dostatek času na pacienta
Spolupráce s rodinou a okolím pacienta
Dlouhodobý efekt péče
Odborná kvalifikace personálu
Dostupnost péče (časová, místní i finanční)
Spolupráce mezi různými zařízeními
Stigmatizace lidí s duševním onemocněním

Skupina 5

Podobně jako v předchozí skupině, i členové této skupiny posuzovali problematiku spokojenosti s péčí na základě svých zkušeností z praxe. A se snažili hledat různé aspekty péče, které podle jejich zkušeností mohou ovlivňovat spokojenost pacientů.

Účastníci probírali různé faktory ovlivňující spokojenost, které se týkají přístupu personálu, odborné kvalifikace, komunikace, aktivního zapojení pacienta do léčby, prostředí a materiálního vybavení zařízení, dostupnosti služeb apod. Dále se hovořilo o vlivu efektivity léčby a užívané medikace na spokojenost pacientů.

Zajímavý je postřeh jedné účastnice: „*kdybych já byla pacientkou, kam bych chtěla jít... tam, kde je to hezký, kde mě třeba hezky přijmou, je tam hodnej pan doktor nebo paní doktorka*“.

Tabulka 5 Přehled témat diskutovaných ve Skupině 5

Odbornost a vzdělání personálu
Spolehlivost a dodržování dohod
Respekt k pacientovi
Zájem o pacienta a jeho potřeby
Navázání a udržování vztahu mezi profesionálem a pacientem
Podávání informací o nemoci a léčbě
Spolurozhodování pacienta o léčbě
Úleva od potíží, zlepšení kvality života
Spokojenost s užívanou medikací
Spolupráce s okolím pacienta
Vliv stigmatizace jedinců s duševním onemocněním
Vlídne a příjemné prostředí (i materiální vybavení zařízení)
Únosná čekací doba
Dostupnost služeb

Přestože složení skupin bylo velice různorodé a účastníci posuzovali problematiku spokojenosti s poskytovanou péčí z různých úhlů (z pohledu pacientů či klientů, z pohledu rodinných příslušníků a z pohledu profesionálů) lze nalézt společná témata, která se objevila ve všech skupinách nebo ve většině z nich.

Nejdůležitějším aspektem péče ovlivňujícím spokojenost, jsou vzájemné vztahy mezi profesionály a pacienty (klienty) a přístup profesionálů k pacientům, které byly diskutovány ve všech skupinách. Patří sem zejména respekt a úcta k pacientům, dodržování práv pacientů, empatie, vzájemná důvěra, partnerský vztah, individuální přístup, ohled na potřeby pacientů a pocit bezpečí.

Dalším významným tématem je komunikace mezi personálem a pacienty, která zahrnuje hlavně podávání informací o nemoci, léčbě a možnostech léčby, a také vzájemnou diskusi o těchto záležitostech. S komunikací souvisí i spolupráce s rodinou a blízkými pacienta.

Důležitými tématy jsou také odbornost personálu, dostatek personálu, spolupráce mezi členy personálu, spolupráce mezi různými zařízeními, návaznost péče, možnost volby různých druhů péče, dostupnost a dostatek různých služeb, materiální vybavení zařízení a čistota prostředí.

Téměř ve všech skupinách se objevila problematika společenské stigmatizace a diskriminace jedinců s duševním onemocněním, které často negativně ovlivňují jejich život a společenské fungování.

5.4 Sestavení dotazníku

Ke sledování různých aspektů spokojenosti jsme použili formu dotazníkového šetření, která je nejčastěji používanou metodou při sledování spokojenosti pacientů (Bártlová a Hnilicová, 2000).

Při sestavování jednotlivých položek dotazníku a jejich formulaci jsme vycházeli hlavně z témat získaných při skupinových rozhovorech, které jsou popsány v předchozí části, a dále jsme se inspirovali některými používanými dotazníky spokojenosti s péčí a zkušenostmi studií popsanych v teoretické části této práce (Ruggeri et al., 2000; Pellegrin et al., 2001; Raiter a Žáčková, 2006 a další).

Brali jsme v úvahu také délku dotazníku a snažili jsme se, aby dotazník nebyl příliš dlouhý, protože větší počet položek by mohl některé respondenty odrazovat od vyplnění dotazníku.

Vytvořený dotazník se skládá z 28 položek, které hodnotí různé aspekty péče, jež mohou ovlivňovat spokojenost s poskytovanou péčí. Položky jsme pro lepší přehlednost rozdělili do pěti skupin:

1. přístup ke klientům (respekt, důvěra, dodržování dohod, individuální přístup, partnerský přístup, pocit bezpečí, manipulace)
2. komunikace (naslouchání, empatie, možnost vyjadřovat se k průběhu péče, podávání informací, možnost zapojení rodiny či blízkých osob do léčby)
3. personál (kvalifikace personálu, dostatek personálu, dostatek času na pacienty či klienty, střídání personálu, spolupráce personálu)
4. služba (tato skupina je poměrně nesourodá a jsou zde hodnoceny výsledky péče, jako je naplňování potřeb, zlepšení potíží, pomoc při začlenění do společnosti, dále také omezování práv, dodržování mlčenlivosti a soukromí, přiřadili jsme sem také materiální vybavení zařízení)
5. dostupnost (lokalita, časová dostupnost, návaznost péče).

Každá položka je hodnocena na čtyřbodové škále se slovním vyjádřením jednotlivých stupňů. Jedná se o numerické posuzovací škály s definovanými stupni, které se používají pro subjektivní posouzení určitého jevu (Břicháček, 1978). V našem případě se jedná o hodnocení intenzity či frekvence určitého jevu.

Hodnocení položek na škále 1 až 4 je vzestupné, od negativního hodnocení k pozitivnímu. Pouze u tří položek (č. 7, 16 a 23) nebylo možné položit otázku tak, aby

hodnocení bylo stejné jako u ostatních položek. Proto je u těchto otázek hodnocení opačné, od pozitivního hodnocení k negativnímu, což je nutné vzít v úvahu při zpracování výsledků (při zpracovávání výsledků je třeba otočit směr škály).

Při definování jednotlivých stupňů jsme vycházeli ze zkušeností s konstrukcí škál dotazníku kvality života (Dragomirecká, 2006), ovšem záměrně jsme vynechali prostřední stupeň pětibodové škály, abychom se vyhnuli tendenci k neutrálnímu hodnocení jevu. Břicháček (1978), jako jednu z častých konstantních chyb při subjektivním posuzování, uvádí chybu centrální tendence, kdy hodnotitelé váhají používat extrémních hodnot posuzovací škály. Pro kontrolu této chyby doporučuje používat škály s větším počtem stupňů nebo škály, u nichž nejsou vzdálenosti mezi jednotlivými stupni lineární.

Další částí dotazníku jsou doplňující informace, kde respondenti mají možnost vyjádřit se k různým aspektům péče, které nejsou zmíněny v předchozích otázkách, nebo mohou upřesnit některé záležitosti, které v dotazníku zmíněny jsou, ale respondenti by se k nim chtěli vyjádřit podrobněji. U některých položek je možnost upřesnění odpovědi uvedena přímo pod konkrétní otázkou.

6 Pilotní testování dotazníku

Sestavený dotazník byl testován u vzorku klientů komunitních služeb pro jedince s duševním onemocněním. Při hledání možností, kde bude dotazník testován, jsme využili nabídky a ochoty ke spolupráci ve dvou zařízeních (Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET, Fokus Praha – Komunitní centrum Břevnov), v nichž nám umožnili tento dotazník použít.

Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET

Klinika poskytuje integrovanou péči o jedince s duševní poruchou či duševním onemocněním (neurózy, osobnostní poruchy, hraniční poruchy, psychózy, organické duševní poruchy), a také o jedince některými psychosomatickými nemocemi a závislostmi na návykových látkách. Jsou zde a psychiatrické a klinicko-psychologické ambulance pro dospělé a pro děti a mládež, denní stacionář, patientský klub a ordinace pro alkoholové a drogové závislosti. Je zde poskytována individuální, rodinná a skupinová psychoterapie, ergoterapie, skupinové a individuální relaxace, terapie zaměřená na tělo, arteterapie a psychoterapeutické pobyty. Dále je zde možnost návazných rehabilitačních, resocializačních a preventivních programů (přechodné zaměstnávání, chráněné bydlení, centrum denních aktivit, právní a sociální poradna aj.), které poskytuje občanské sdružení ESET-HELP.

Fokus Praha – Komunitní centrum Břevnov

Fokus Praha je součástí organizace FOKUS – Sdružení pro péči o duševně nemocné, které působí na různých místech v České republice. Fokus nabízí komplexní komunitní péči pro jedince s dlouhodobým duševním onemocněním, poskytuje různé programy a služby (zdravotní, psychoterapeutické a psychosociální rehabilitace).

Komunitní centrum Břevnov (Fokus Praha – Region Západ) poskytuje následující služby: první kontakt a poradenství, případové vedení, psychoterapie, expresivní terapie, socioterapie (psychosociální rehabilitace, denní centrum), krizový tým a psychiatrická ambulance.

6.1 Sběr dat

Sběr dat probíhal v období od listopadu 2007 do února 2008. Klientům zmíněných zařízení byla nabídnuta možnost vyplnit dotazník spokojenosti s poskytovanou péčí a vyjádřit tak svou spokojenost či nespokojenost s různými aspekty péče. Účast klientů (pacientů) při tomto šetření byla dobrovolná. Vyplnění dotazníku bylo anonymní, respondenti udávali jen některé sociodemografické údaje. Pro zajištění anonymity a důvěrnosti získaných dat respondenti vhazovali vyplněné dotazníky do připravených schránek nebo je dávali do obálky.

Šetření probíhalo celkem na čtyřech místech ve Fokusu Praha (Komunitní centrum Břevnov) a na Klinice ESET, kde jsou tři oddělená pracoviště, která jsou v různých budovách (ESET Vejvanovského, ESET Markušova, ESET Hekrova).

6.2 Charakteristiky souboru

Vzhledem ke způsobu sběru dat, který jsme zvolili kvůli zaměření dotazníku, zajištění anonymity a také z organizačních důvodů, jsme neprováděli výběr vzorku podle předem daných kritérií. Jediným kritériem bylo to, že respondent je klientem daného zařízení, jehož splnění bylo zajištěno tím, že dotazníky byly distribuovány v tomto zařízení.

Výběr vzorku proběhl metodou samovýběru, která je založena na principu dobrovolnosti, kdy je potenciálním účastníkům výzkumu nabídnuta možnost se zapojit se do výzkumu a záleží zcela na nich, zda nabídky využijí (Miovský, 2006).

Soubor tvoří 107 respondentů, 41 mužů a 66 žen. Průměrný věk respondentů je 39 let, u mužů 41 let a u žen 39 let.

Tabulka 6 Charakteristika souboru podle pohlaví

Pohlaví	N	%
Muži	41	38,3
Ženy	66	61,7
Celkem	107	100,0

Tabulka 7 Charakteristika souboru podle pohlaví v jednotlivých zařízeních

N	Fokus Břevnov	ESET Vejvanovského	ESET Markušova	ESET Hekrova
Muži	11	13	11	6
Ženy	7	36	11	12
Celkem	18	49	22	18

Tabulka 8 Charakteristika souboru z hlediska věku

	Průměrný věk	Věkové rozmezí
Muži	41 let	19-87 let
Ženy	39 let	13-80 let
Celkem	39 let	13-87 let

Tabulka 9 Charakteristika souboru z hlediska věku v jednotlivých zařízeních

	Fokus Břevnov	ESET Vejvanovského	ESET Markušova	ESET Hekrova
Průměrný věk	38 let	40 let	33 let	47 let
Věk. rozmezí	19-57 let	19-70 let	19-59 let	13-87 let

U dvou respondentů (mužů) neznáme jejich věk, protože tento údaj při vyplňování neuvedli. Trochu problematická je spodní věková hranice u žen, protože mladší než 19 let je pouze jedna osoba z celého souboru, která tuto hranici značně snižuje.

Vzhledem k tomu, že věkové rozmezí respondentů je velice široké, vytvořili jsme pět věkových skupin, abychom zjistili, jaké je zastoupení v různých věkových kategoriích. Nejvíce zastoupena je věková kategorie do 29 let a naopak nejméně respondentů patří do věkové skupiny nad 60 let. Více než polovina respondentů patří do dvou mladších věkových skupin (do 39 let).

Tabulka 10 Charakteristika souboru podle věkových skupin

Věková skupina	Muži		Ženy		Celkem	
	N	%	N	%	N	%
Do 29 let	13	33,3	20	30,3	33	31,4
30-39 let	7	17,9	19	28,8	26	24,8
40-49 let	7	17,9	12	18,2	19	18,1
50-59 let	9	23,1	10	15,2	19	18,1
Nad 60 let	3	7,7	5	7,6	8	7,6

V souboru je více než polovina respondentů se středním vzděláním (bez maturity 15%, s maturitou 48,6%), pětina respondentů má vysokoškolské vzdělání a nejméně je zastoupeno vzdělání základní (pouze 12,1%).

Tabulka 11 Charakteristika souboru z hlediska dosaženého vzdělání

Dosažené vzdělání	N	%
Základní	13	12,1
Střední bez maturity	16	15,0
Střední s maturitou	52	48,6
Vysokoškolské	23	21,5
Nezjištěno	3	2,8

Kromě věku, pohlaví a dosaženého vzdělání jsme zjišťovali také diagnózu. Mezi respondenty se nejčastěji vyskytují jedinci s diagnózami ze skupin poruch schizofrenního okruhu a afektivních poruch, přičemž ze skupiny F20 – F29 je nejvíce zastoupena diagnóza schizofrenie a ze skupiny F30 – F39 jsou nejčastější depresivní poruchy. Více než třetina respondentů diagnózu neuvedla. U mnoha z nich se ukázalo, že svou diagnózu nezná.

Tabulka 12 Charakteristika souboru z hlediska diagnózy

Diagnóza	N	%
F10 – F19	7	6,5
F20 – F29	20	18,7
F30 – F39	21	19,6
F40 – F49	11	10,3
F 60	9	8,4
Nezjištěno	39	36,5

Dalším údajem, který jsme u respondentů zjišťovali, je doba, po níž navštěvují konkrétní zařízení. Chtěli jsme vědět, zda jejich zkušenosti s poskytovanou péčí a se službami v těchto zařízeních jsou krátkodobé či dlouhodobé.

Více než polovina respondentů dochází do zařízení déle než 1 rok, asi třetina respondentů má zkušenosti se zařízením v délce od 3 do 12 měsíců a nejméně respondentů má krátkodobé zkušenosti (do 3 měsíců). Většina respondentů tedy dochází do zařízení dlouhodobě.

Tabulka 13 Doba docházení do zařízení

	Fokus Břevnov	ESET Vejvan.	ESET Markušova	ESET Hekrova	Celkem
Doba docházení	N	N	N	N	N
Do 3 měsíců	3	4	7	1	15
3 - 12 měs.	5	11	5	5	26
Nad 12 měs.	7	30	8	12	57
Nezjištěno	3	4	2	0	9

Dotazník vyplnilo více respondentů než je v našem souboru (107 respondentů), ale při zpracovávání dat jsme některé dotazníky vyřadili. Důvodem k vyřazení respondenta ze souboru byla skutečnost, že respondent nevyplnil více než 20% položek dotazníku (6 a více položek). Z těchto důvodů jsme do výsledků nezahrnuli 15 dotazníků.

6.3 Psychometrické charakteristiky dotazníku

6.3.1 Reliabilita

Pro stanovení reliability dotazníku byl vypočítán koeficient vnitřní konzistence (Cronbachovo α). Jako přijatelná míra vnitřní konzistence se uvádí rozmezí 0,6 – 0,9 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Výsledky ukázaly dobrou vnitřní konzistenci dotazníku ($\alpha = 0,899$). Ovšem některé položky se ukázaly jako problematické. Při vyřazení těchto položek by se koeficient vnitřní konzistence zvýšil. Jsou to položky 16, 17 a 23, jejichž korelace s dotazníkem je velmi nízká. Nižší korelace s dotazníkem se ukázala také u položek 5 a 7, i když tyto položky nesnižují koeficient vnitřní konzistence. U zmíněných položek lze hovořit o nižší relevantnosti pro zařazení do dotazníku, případně o problematické formulaci otázky. Ovlivnění výsledků problematickou formulací otázky mohlo nastat například u položek 7, 16 a 23, u nichž je škála seřazena opačně než u ostatních položek.

Pro výpočet koeficientu vnitřní konzistence celého dotazníku byly použity pouze dotazníky, v nichž respondenti vyplnili všechny položky ($N = 59$).

Tabulka 14 Vnitřní konzistence dotazníku

Cronbachovo $\alpha = 0,899$ (N = 59)		
Položka	Korelace položky s dotazníkem	α v případě vyřazení položky
P 1	0,364	0,898
P 2	0,488	0,896
P 3	0,456	0,896
P 4	0,563	0,894
P 5	0,271	0,899
P 6	0,446	0,896
P 7	0,235	0,899
P 8	0,501	0,896
P 9	0,711	0,891
P 10	0,408	0,897
P 11	0,556	0,894
P 12	0,462	0,896
P 13	0,640	0,894
P 14	0,394	0,898
P 15	0,638	0,892
P 16	0,182	0,901
P 17	0,232	0,900
P 18	0,776	0,888
P 19	0,661	0,891
P 20	0,659	0,891
P 21	0,590	0,893
P 22	0,547	0,894
P 23	0,035	0,902
P 24	0,332	0,898
P 25	0,416	0,897
P 26	0,415	0,898
P 27	0,499	0,895
P 28	0,655	0,891

Koeficienty vnitřní konzistence jednotlivých skupin se pohybují v rámci doporučeného intervalu, pouze oblast Personál vykazuje nižší vnitřní konzistenci. Nižší konzistence oblasti Personál koresponduje s celkovými výsledky vnitřní konzistence, dvě položky z této skupiny vykazují nízkou korelaci s celým dotazníkem.

Vnitřní konzistence je ovlivňována počtem položek, při malém počtu položek je konzistence nižší (Dragomirecká a Bartoňová, 2006), proto je při posuzování vnitřní konzistence skupin třeba vzít v úvahu také počet položek ve skupinách.

Pro výpočet koeficientů vnitřní konzistence jednotlivých skupin byly použity pouze dotazníky, v nichž respondenti vyplnili všechny položky skupiny.

Tabulka 15 Vnitřní konzistence jednotlivých oblastí

Skupina (oblast)	Korelace položky se skupinou	α v případě vyřazení položky
Přístup ke klientům $\alpha = 0,740$ (N = 103)		
P 1	0,485	0,711
P 2	0,597	0,674
P 3	0,416	0,718
P 4	0,584	0,674
P 5	0,434	0,714
P 6	0,514	0,697
P 7	0,190	0,754
Komunikace $\alpha = 0,779$ (N = 84)		
P 8	0,613	0,740
P 9	0,650	0,711
P 10	0,464	0,767
P 11	0,673	0,693
P 12	0,480	0,771
Personál $\alpha = 0,577$ (N = 86)		
P 13	0,388	0,516
P 14	0,444	0,451
P 15	0,479	0,432
P 16	0,150	0,614
P 17	0,275	0,555
Služba $\alpha = 0,801$ (N = 87)		
P 18	0,829	0,723
P 19	0,724	0,740
P 20	0,642	0,759
P 21	0,725	0,744
P 22	0,677	0,750
P 23	0,011	0,828
P 24	0,232	0,811
P 25	0,170	0,831
Dostupnost $\alpha = 0,659$ (N = 91)		
P 26	0,513	0,510
P 27	0,498	0,533
P 28	0,415	0,632

Také v rámci jednotlivých skupin se ukázaly jako problematické položky s obrácenou škálou 7, 16 a 23, při jejich vyřazení by se konzistence příslušných skupin zvýšila. Nejvíce problematických položek se objevilo v oblasti Služba (položka 23, 24 a 25), což může být dáno značnou nesourodostí této skupiny, přesto je vnitřní konzistence skupiny dobrá.

6.3.2 Validita

Obsahová validita dotazníku je podpořena výsledky skupinových rozhovorů (focus groups), při nichž jsme zjišťovali různé aspekty péče, které jsou důležité z hlediska spokojenosti s poskytovanou péčí, a na jejichž základě byl dotazník sestaven. Výsledky skupinových rozhovorů byly porovnávány s některými již používanými dotazníky spokojenosti, které jsou popsány v teoretické části této práce.

Ve prospěch obsahové validity hovoří také fakt, že v rámci doplňujících informací, kde respondenti měli možnost vyjádřit se k různým aspektům péče, které nejsou zmíněny v předchozích otázkách, se neobjevily žádné nové skutečnosti související se spokojeností s poskytovanou péčí, jež by respondentům v dotazníku chyběly.

Při srovnávání výsledků v rámci některých sociodemografických charakteristik (pohlaví, věk) nebyly zjištěny žádné významné rozdíly, jak mezi muži a ženami (Tabulka 19), tak mezi různými věkovými skupinami (Tabulka 21).

Přestože rozdíl mezi věkovými skupinami není významný, u jedinců ve vyšších věkových skupinách je spokojenost většinou mírně vyšší než u mladších jedinců. Na toto zjištění lze pohlížet tak, že mladší lidé jsou více kritičtí a náročnější vzhledem k poskytovaným službám.

6.3.3 Položková analýza

Jednotlivé položky dotazníku byly podrobeny korelační analýze, při níž byl zjišťován jejich vzájemný vztah pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Téměř u všech položek byl zjištěn významný vztah s většinou ostatních položek. Výrazná korelace s ostatními položkami se objevila hlavně u položek 9, 15 a 18. Pouze u tří položek byla korelace s ostatními položkami malá, a to u položek 7, 16 a 23, přičemž nejméně korelací se objevilo u položky 23, která významně koreluje pouze s jedinou položkou dotazníku.

Při korelační analýze položek se ukázaly některé obdobné výsledky jako při ověřování vnitřní konzistence dotazníku. I zde se ukázala nižší relevantnost pro zařazení do dotazníku u položek 16 (časté střídání personálu) a 23 (omezování práv).

Relevantnost položek dotazníku jsme dále zjišťovali pomocí analýzy vynechaných (nezodpovězených) položek. Nejvíce vynechaných odpovědí je u položky 12, kterou vynechalo téměř 19% respondentů. Vyšší počet vynechaných odpovědí je také u položek 14, 16, 17 a 28.

Tabulka 16 Vynechané (nezodpovězené) položky

Položka	Frekvence vynechaných odpovědí	%
P 4	1	0,9
P 7	3	2,8
P 8	1	0,9
P 9	1	0,9
P 10	1	0,9
P 11	2	1,9
P 12	20	18,7
P 14	9	8,4
P 16	10	9,3
P 17	14	13,1
P 18	1	0,9
P 19	6	5,6
P 20	1	0,9
P 21	5	4,7
P 22	2	1,9
P 23	6	5,6
P 24	4	3,7
P 25	1	0,9
P 27	4	3,7
P 28	12	11,2

Vyšší procento vynechaných odpovědí může být způsobeno tím, že respondent nemá informace o skutečnosti, na níž je položka zaměřena, což je možné hlavně u položek 14 (dostatek personálu), 16 (časté střídání personálu), 17 (spolupráce mezi členy personálu) a 28 (návaznost péče).

Dalším důvodem pro vynechání položky může být nevhodná formulace otázky, jako například u položky 12 (možnost zapojení rodinných příslušníků do léčby), u níž je procento vynechaných odpovědí nejvyšší. Zdá se, že tato otázka je položena tak, že ne

každý na ni dokáže odpovědět. O nevhodné formulaci této položky uvažujeme také proto, že při sestavování dotazníku jsme právě u této položky měli největší problém s položením otázky.

6.4 Výsledky pilotního šetření

6.4.1 Výsledky celého souboru

Při zpracování výsledků jsme vypočítali průměrné hodnoty jednotlivých položek a průměrné výsledky v jednotlivých oblastech (skupinách).

Nejlepší výsledky v rámci celého souboru se objevily u položek 1 (respekt a úcta), 7 (manipulace ze strany personálu), 8 (naslouchání klientům), 13 (kvalifikace personálu), 23 (omezování práv) a 24 (dodržování soukromí). Naopak nejnižší výsledky se objevily u položek 14 (dostatek personálu), 19 (příležitost k seberealizaci a uplatnění svých schopností), 21 (pomoc při začlenění do společnosti), 22 (podpora samostatnosti) a 26 (lokalita zařízení).

Přestože u některých položek jsou výsledky nižší než u ostatních, u žádné položky nejsou výsledky tak nízké, aby ukazovaly na výraznou nespokojenost s příslušným aspektem péče.

Z hlediska jednotlivých oblastí se nejlepší výsledky ukázaly u skupin Přístup ke klientům a Komunikace, naopak nejhůře byla hodnocena skupina Dostupnost.

Dále jsme srovnávali výsledky v jednotlivých oblastech mezi muži a ženami a mezi různými věkovými skupinami. Pro srovnání těchto výsledků jsme použili Fischerův test analýzy rozptylu. Výsledky analýzy neprokázaly žádné významné rozdíly mezi muži a ženami ani mezi věkovými kategoriemi.

Tabulka 17 Průměrné hodnoty jednotlivých položek

Položka	Průměr	STD	N
P 1	3,90	0,335	107
P 2	3,72	0,528	107
P 3	3,73	0,542	107
P 4	3,63	0,637	106
P 5	3,79	0,456	107
P 6	3,64	0,664	107
P 7*	1,13	0,370	104
P 8	3,81	0,518	106
P 9	3,67	0,547	106
P 10	3,60	0,612	106
P 11	3,62	0,685	105
P 12	3,55	0,759	87
P 13	3,80	0,422	107
P 14	3,09	0,838	98
P 15	3,45	0,662	107
P 16*	1,47	0,647	97
P 17	3,40	0,662	93
P 18	3,20	0,810	106
P 19	3,06	0,858	101
P 20	3,25	0,754	106
P 21	3,04	0,744	102
P 22	3,15	0,852	105
P 23*	1,11	0,398	101
P 24	3,80	0,492	103
P 25	3,27	0,823	106
P 26	3,03	0,936	107
P 27	3,20	0,809	103
P 28	3,28	0,781	95

* položky s obrácenou škálou

Tabulka 18 Průměrné výsledky v jednotlivých oblastech

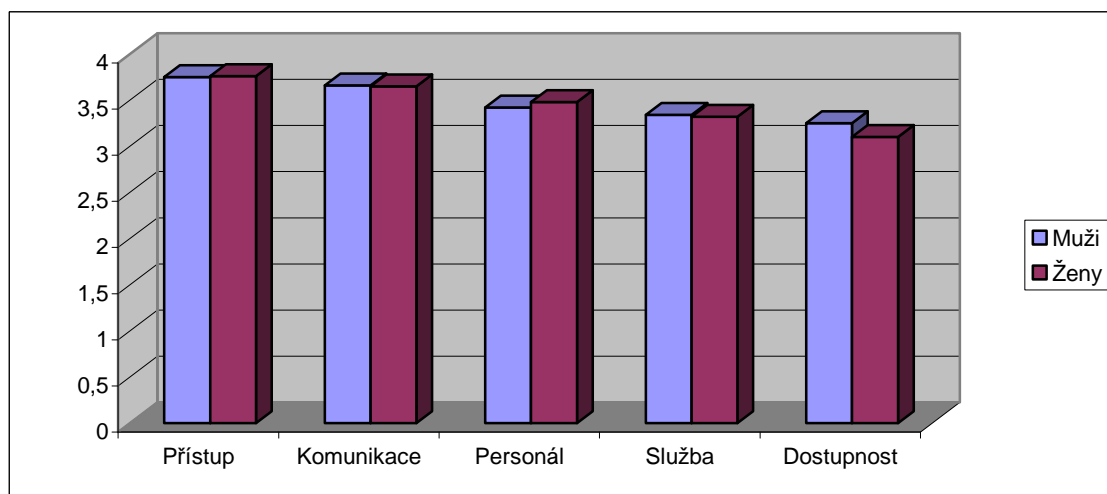
Oblast	Muži		Ženy		Celkem	
	Průměr	STD	Průměr	STD	Průměr	STD
Přístup	3,75	0,276	3,76	0,354	3,75	0,325
Komunik.	3,66	0,411	3,65	0,486	3,65	0,457
Personál	3,42	0,400	3,48	0,439	3,46	0,423
Služba	3,34	0,476	3,32	0,492	3,33	0,484
Dostupnost	3,25	0,575	3,10	0,694	3,16	0,653

Tabulka 19 Srovnání výsledků mezi muži a ženami

Oblast	F	Sig.
Přístup	0,027	0,869
Komunikace	0,008	0,931
Personál	0,409	0,524
Služba	0,075	0,785
Dostupnost	1,359	0,246

Graf 1 znázorňuje minimální rozdíly průměrných výsledků mužů a žen. Dále je zde možno vidět již zmíněné průměrné výsledky v jednotlivých oblastech (nejlépe byly hodnoceny oblasti Přístup ke klientům a Komunikace a naopak nejhůře byla hodnocena oblast Dostupnost).

Graf 1 Průměrné výsledky mužů a žen v jednotlivých oblastech



Tabulka 20 Průměrné výsledky různých věkových skupin

	Do 29 let		30 – 39 let		40 – 49 let		50 – 59 let		Nad 60 let	
	Pr.	STD	Pr.	STD	Pr.	STD	Pr.	STD	Pr.	STD
Příst.	3,66	0,307	3,67	0,458	3,83	0,232	3,89	0,147	3,86	0,275
Kom.	3,62	0,452	3,57	0,603	3,71	0,377	3,70	0,336	3,76	0,420
Pers.	3,35	0,456	3,41	0,453	3,69	0,332	3,48	0,300	3,61	0,393
Služ.	3,17	0,469	3,27	0,564	3,38	0,416	3,55	0,363	3,44	0,513
Dost.	3,02	0,710	3,17	0,683	3,23	0,692	3,35	0,422	3,13	0,665

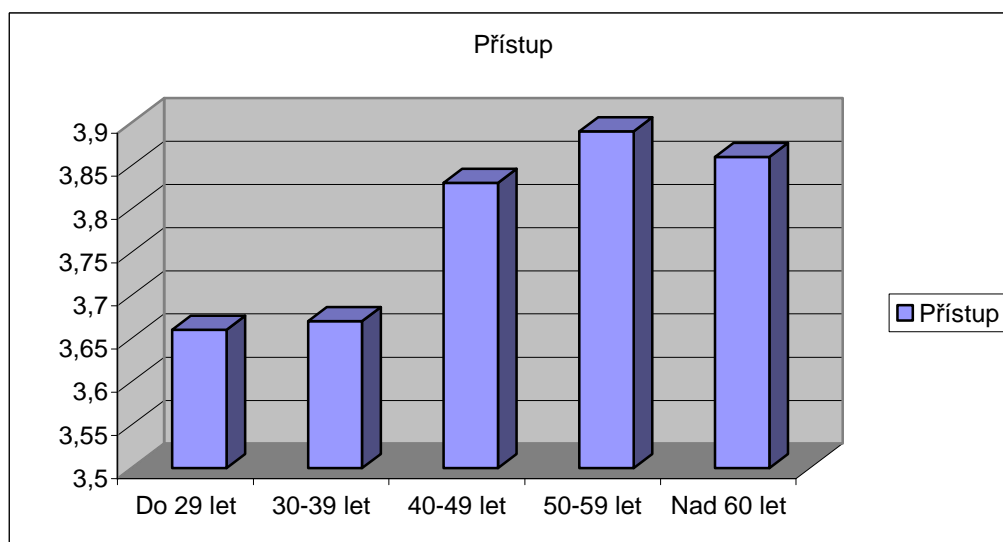
Tabulka 21 Srovnání výsledků mezi věkovými skupinami

Oblast	F	Sig.
Přístup	2,443	0,051
Komunikace	0,516	0,724
Personál	2,284	0,066
Služba	2,074	0,090
Dostupnost	0,840	0,503

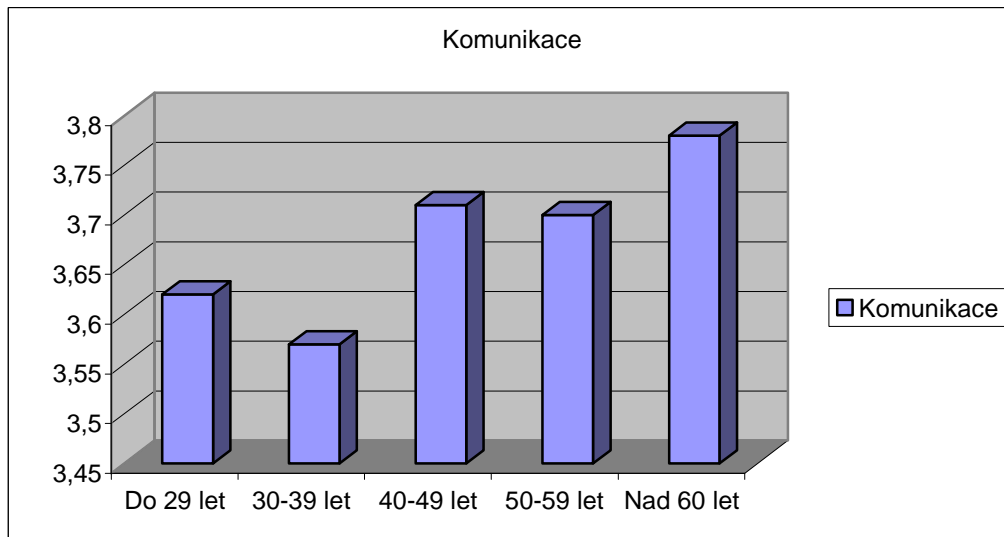
Přestože rozdíly mezi věkovými kategoriemi nejsou statisticky významné, lze vypožorovat, že u mladších věkových kategorií, jsou výsledky nižší. Je možno zde uvažovat o větší kritičnosti a náročnosti mladších lidí, jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole o psychometrických charakteristikách.

V následujících grafech (Grafy 2 – 6) jsou zobrazeny výsledky věkových skupin v jednotlivých oblastech.

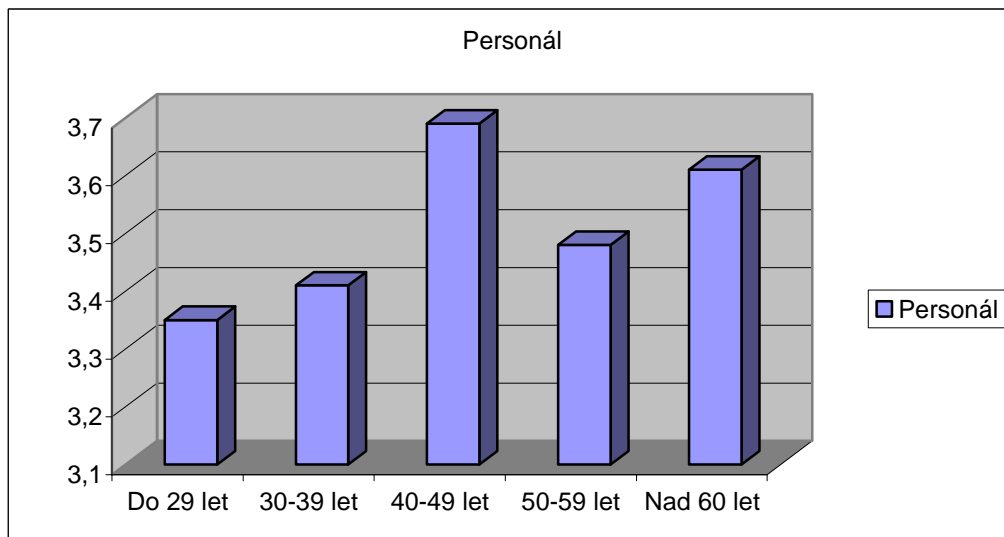
Graf 2 Výsledky různých věkových skupin v oblasti Přístup ke klientům



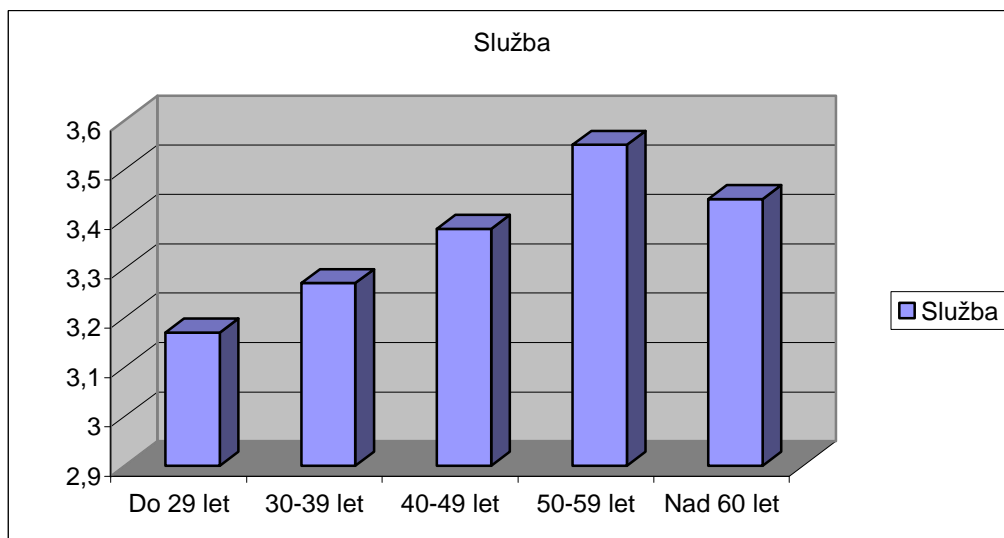
Graf 3 Výsledky různých věkových skupin v oblasti Komunikace



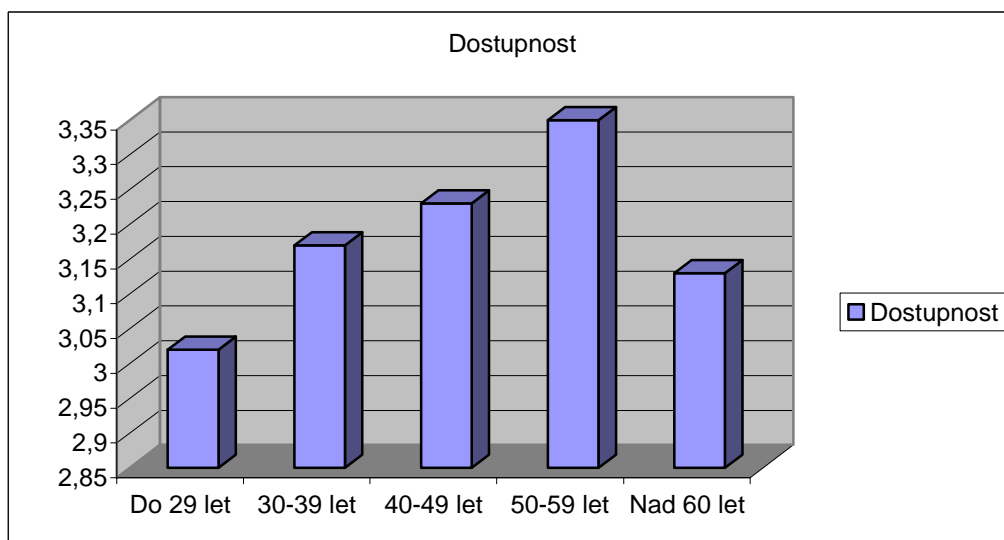
Graf 4 Výsledky různých věkových skupin v oblasti Personál



Graf 5 Výsledky různých věkových skupin v oblasti Služba



Graf 6 Výsledky různých věkových skupin v oblasti Dostupnost



6.4.2 Výsledky v jednotlivých zařízeních

Při zpracování výsledků v jednotlivých zařízeních jsme se vypočítali průměrné hodnoty položek pro každé zařízení. Vzhledem k nerovnoměrnému a nestejnorodému složení respondentů v těchto zařízeních jsme nepřistoupili ke statistickému srovnávání výsledků mezi zařízeními. Uvádíme pouze přehled průměrných výsledků jednotlivých položek a získané výsledky jsou posuzovány pro jednotlivá zařízení odděleně.

Tabulka 22 Průměrné hodnoty položek v jednotlivých zařízeních

Položka	Fokus Břevnov	ESET Vejvanovského	ESET Markušova	ESET Hekrova
P 1	3,94	3,88	3,91	3,89
P 2	3,72	3,63	3,77	3,89
P 3	3,61	3,71	3,77	3,83
P 4	3,47	3,63	3,68	3,72
P 5	3,83	3,73	3,77	3,89
P 6	3,67	3,59	3,68	3,67
P 7*	1,25	1,04	1,27	1,11
P 8	3,76	3,71	3,91	4,00
P 9	3,41	3,69	3,73	3,78
P 10	3,18	3,65	3,64	3,83
P 11	3,44	3,62	3,68	3,72
P 12	3,63	3,43	3,71	3,53
P 13	3,78	3,78	3,86	3,83
P 14	3,06	3,09	3,24	2,93
P 15	3,39	3,55	3,41	3,28
P 16*	1,53	1,47	1,29	1,69
P 17	3,56	3,47	3,05	3,50
P 18	3,06	3,20	3,18	3,35
P 19	2,89	3,02	3,05	3,35
P 20	3,22	3,19	3,27	3,39
P 21	3,00	2,96	2,90	3,50
P 22	2,89	3,15	3,09	3,53
P 23*	1,19	1,04	1,14	1,17
P 24	3,89	3,77	3,71	3,88
P 25	3,39	3,38	3,27	2,89
P 26	3,11	3,06	2,95	2,94
P 27	3,28	3,15	3,32	3,13
P 28	3,13	3,37	3,14	3,43

* položky s obrácenou škálou

Fokus Břevnov

Respondenti nejlépe hodnotili otázky týkající se přístupu ke klientům (kromě ohledu na individuální potřeby), naslouchání problémům, odbornost personálu, dodržování práv a dodržování soukromí.

Menší spokojenost projevili s dostatkem personálu, s naplňováním osobních potřeb a cílů, s možnostmi seberealizace a uplatnění, s pomocí při začlenění do společnosti a podporou samostatnosti, dále také s lokalitou zařízení a návazností péče.

Žádný z respondentů nevyužil možnosti doplňujících informací.

ESET Vejvanovského

Respondenti byli nejvíce spokojeni v otázkách týkajících se přístupu ke klientům a komunikace (kromě možnosti zapojení rodinných příslušníků), dále také s odborností personálu, s problematikou omezování práv a s dodržováním soukromí a mlčenlivosti.

Nižší spokojenost byla s možnostmi seberealizace a uplatnění svých schopností, pomocí při začlenění do společnosti a podporou samostatnosti, dále také s lokalitou zařízení a časovou dostupností (někteří respondenti zmiňovali dlouhé termíny na objednání a delší dobu strávenou v čekárně).

20 respondentů využilo možnosti doplňujících informací. Několik z nich vyjadřovalo svou maximální spokojenost a někteří zmiňovali a chválili konkrétní osoby. Naopak několik respondentů nebylo spokojeno s přístupem v recepci a s telefonickým spojením. Objevily se také konkrétní připomínky (nespokojenost s prostředím čekárny, chybí automat na kávu).

ESET Markušova

Respondenti byli také spokojeni v otázkách týkajících se přístupu ke klientům a komunikace, dále s odborností personálu, s problematikou omezování práv a s dodržováním soukromí a mlčenlivosti.

Méně spokojeni byli se spoluprací mezi členy personálu, s možnostmi seberealizace a uplatnění, pomocí při začlenění do společnosti a podporou samostatnosti, a dále také s lokalitou zařízení a návazností péče.

Možnosti doplňujících informací využili jen 2 respondenti, kteří vyjadřovali svou spokojenost se vstřícností a zájmem personálu.

ESET Hekrova

Respondenti byli opět nejvíce spokojeni v otázkách týkajících se přístupu ke klientům a komunikace (naslouchání problémům dokonce všichni hodnotili nejvýše), s odborností personálu, s problematikou omezování práv a s dodržováním soukromí a mlčenlivosti.

Naopak nižší spokojenost byla s dostatkem personálu, s časovou dostupností péče, s uspořádáním a vybavením zařízení (např. vybavení by mohlo být modernější, větší budova) a s lokalitou zařízení.

Možnosti doplňujících informací využilo 7 respondentů. Respondenti většinou vyjadřovali svou spokojenost s přístupem personálu, někteří zmiňovali a chválili konkrétní osoby a jeden respondent zde zdůrazňoval nedostatek personálu.

6.5 Shrnutí výsledků

V rámci pilotního testování u vzorku klientů komunitních služeb (N=107) jsme zjišťovali také psychometrické charakteristiky dotazníku.

Reliabilita dotazníku byla ověřována pomocí koeficientu vnitřní konzistence (Cronbachovo α). Výsledky ukázaly dobrou vnitřní konzistenci dotazníku, přesto se tři položky ukázaly jako problematické a lze uvažovat o jejich nižší relevantnosti pro zařazení do dotazníku. Tyto položky vykazují nižší korelaci s dotazníkem a mírně snižují vnitřní konzistenci dotazníku.

Obsahová validita dotazníku vychází z výsledků skupinových rozhovorů, při nichž jsme zjišťovali různé aspekty péče, které mohou ovlivňovat spokojenost s poskytovanou péčí, a na jejichž základě byl dotazník sestaven. Validita dotazníku je dále podpořena srovnáním s některými dotazníky spokojenosti používanými v oblasti péče o duševní zdraví.

Při položkové analýze byl, pomocí korelační analýzy (Spearmanova korelačního koeficientu), zjišťován vzájemný vztah mezi jednotlivými položkami. Téměř u všech položek byl zjištěn významný vztah s většinou ostatních položek. Pouze u tří položek byla korelace s ostatními položkami minimální. Dvě tyto položky se ukázaly jako problematické také v rámci ověřování vnitřní konzistence dotazníku, a to položky 16 (otázka na střídání personálu) a 23 (otázka na omezování práv).

Dále byla provedena analýza vynechaných (nezodpovězených) položek. Nejvíce vynechaných odpovědí je u položky 12 (možnost zapojení rodinných příslušníků do léčby). Důvodem pro časté vynechávání této položky může být nevhodná formulace otázky.

Při zpracování výsledků celého souboru jsme pracovali s průměrnými hodnotami jednotlivých položek a průměrnými výsledky v jednotlivých oblastech (skupinách). Přestože výsledky u některých položek jsou o trochu nižší, u žádné položky nejsou výsledky tak nízké, aby ukazovaly na výraznou nespokojenost s příslušným aspektem péče. Lze tedy říci, že respondenti byli spíše spokojeni.

Výsledky v jednotlivých oblastech dotazníku byly srovnávány z hlediska pohlaví a různých věkových kategorií, a to pomocí Fischerova testu analýzy rozptylu. Výsledky analýzy neprokázaly žádné významné rozdíly mezi muži a ženami ani mezi věkovými kategoriemi. Přestože se neprokázaly významné rozdíly z hlediska věku, u mladších respondentů jsou výsledky o něco nižší než u starších osob.

Výsledky v jednotlivých zařízeních (Fokus Břevnov, ESET Vejvanovského, ESET Markušova, ESET Hekrova) jsme sledovali na základě průměrných hodnot položek. Vzhledem k nerovnoměrnému rozložení respondentů v jednotlivých zařízeních jsme nepřistoupili ke statistickému srovnávání mezi zařízeními. Výsledky je lépe posuzovat odděleně v kontextu konkrétního zařízení.

Přestože jsme rozdíly mezi zařízeními nezjišťovali, lze vysledovat, že některé aspekty péče jsou ve všech zařízeních hodnoceny podobně. Všude se ukázala značná spokojenost s přístupem ke klientům, s odborností personálu, s dodržováním práv a dodržováním soukromí. Tato zjištění nejsou nijak překvapující, vzhledem k faktu, že šetření probíhalo v zařízeních komunitní péče. A na tyto aspekty péče bývá v komunitních službách kladen velký důraz.

Naopak jako problematický se ve všech zařízeních ukazuje dostatek personálu, který většinou byl hodnocen hůře. Hůře byly také hodnoceny příležitosti k seberealizaci a uplatnění schopností a pomoc při začlenění do společnosti.

Na nižší spokojenost s pomocí při začlenění do společnosti je třeba pohlížet v kontextu problematiky duševního onemocnění a možností jeho léčby. Problémy v oblasti sociální vztahů jsou typické pro většinu duševních poruch a jejich odstranění či zmírnění pomocí terapie je velmi obtížné. Se závažností duševního onemocnění mohou souviset také o něco méně příznivé výsledky v otázkách zlepšení potíží a podpoře samostatnosti.

7 Diskuse

Zde bude věnován prostor zhodnocení použité metodologie a dosažených výsledků a také jejich porovnání s literaturou.

Použití metody ohniskových skupin (focus groups) k získání informací o problematice spokojenosti s péčí považujeme za výhodné. Dle Morgana (2001) lze tuto metodu používat jako samostatnou výzkumnou metodu nebo v kombinaci s dalšími metodami, kdy může sloužit jako předběžný výzkum. Metoda je považována za vhodný způsob získávání informací potřebných k sestavování dotazníků. Ve srovnání s individuálními rozhovory může být efektivnější z hlediska času, kdy se v daném čase získají informace od více jedinců než při individuálních rozhovorech. Další výhodou ohniskových skupin je skupinová dynamika, která podporuje spontaneitu vyjadřování respondentů a umožňuje zjištění širších souvislostí zkoumané problematiky. Ovšem na druhou stranu skupinová dynamika může být i nevýhodou, protože může ovlivňovat názory některých účastníků (například obava vyjádřit odlišný názor, proto raději souhlasí se skupinou), případně může být překážkou pro sdělení některých choulostivějších informací, které by třeba v soukromí sdělili. V našem výzkumu se takové ovlivnění názorů respondentů nezdá být příliš pravděpodobné.

K ovlivnění získaných výsledků může také dojít ze strany moderátora diskuse, ale nebezpečí ovlivnění výsledků ze strany výzkumníka existuje téměř při každém výzkumném designu. K ovlivnění ze strany moderátora lze předejít tím, že moderátor zasahuje do diskuse v rámci daných možností co nejméně.

Přestože v našem výzkumu jsme byli limitováni při výběru respondentů, což způsobilo určitou nevyváženost složení skupin (například ve skupině rodinných příslušníků byly pouze ženy), a omezenými možnostmi realizace skupinových rozhovorů, považujeme výsledky našich diskusních skupin za dostačující pro zmapování problematiky spokojenosti. Z porovnání našich výsledků s literaturou vyplývá, že jsme dospěli k podobným závěrům. Například, stejně jako Elbeck a Fecteau (1990), jsme zjistili, že pro spokojenost pacientů či klientů jsou nejdůležitější vztahy s personálem. Tento aspekt spokojenosti objevuje také v jiných dotaznících (Raiter a Žáčková, 2006; Pellegrin et al., 2001; Ruggeri et al., 2000).

Při sestavování dotazníku jsme se snažili obsáhnout všechny aspekty péče, které se objevili ve výsledcích diskusních skupin. Ale některá témata jsme do dotazníku

z různých důvodů nezahrnuli. Jedním z nich je společenská stigmatizace jedinců s duševním onemocněním, která sice byla důležitým tématem ve většině skupin, ale přesto jsme ji vynechali, protože si myslíme, že to je celospolečenský problém, který nemá přímou souvislost se spokojeností s péčí v jednotlivých zařízeních. Dále jsme vynechali téma finančních problémů jedinců s duševním onemocněním a cenové dostupnosti léků a služeb, které jsou spíše problémem celého zdravotnictví a sociální politiky státu.

Při zpracovávání výsledků volných odpovědí jsme dospěli k názoru, že by mohlo být užitečné zařadit do dotazníku také otázku na celkovou spokojenost, podobně jako tomu je v jiných dotaznících spokojenosti (Hnilicová a kol., 1998; Pellegrin et al., 2001; Ruggeri et al., 2000).

Při sestavování dotazníku jsme pro hodnocení jednotlivých položek zvolili čtyřbodovou škálu (jedná se o hodnocení intenzity či frekvence určitého jevu). I když použití čtyřbodové škály pro hodnocení spokojenosti je podle některých autorů diskutabilní (Bártlová a Hnilicová, 2000), přesto jsme zvolili tuto škálu bez prostředního stupně, abychom se vyhnuli tendenci k neutrálnímu hodnocení jevu, která se při vyplňování různých subjektivních posuzovacích škál vyskytuje poměrně často. Uvažovali jsme také o použití vícebodové škály, ale nakonec jsme o toho upustili, protože si myslíme, že u vícebodových škál se respondenti těžko rozhodují, jaký stupeň vybrat, navíc rozdíly mezi jednotlivými stupni vícebodové škály nejsou již tak rozlišitelné.

Položky dotazníku jsme rozdělili do pěti oblastí (přístup ke klientům, komunikace, personál, služba a dostupnost) na základě subjektivního posouzení příbuznosti jednotlivých položek. K vytvoření několika oblastí jsme přistoupili z důvodu větší přehlednosti dotazníku. Je třeba podotknout, že rozdělení do oblastí není podloženo statisticky. Oprávněnost našeho rozdělení by případně ještě mohla být ověřena faktorovou analýzou položek dotazníku. Přesto naše výsledky ukázaly, že koeficienty vnitřní konzistence jednotlivých skupin (kromě oblasti Personál) se pohybují v rámci doporučeného intervalu.

Při zajištění vzorku respondentů pro pilotní testování dotazníku jsme byli limitováni zvoleným způsobem sběru dat (výběr vzorku proběhl metodou samovýběru), který jsme zvolili kvůli zajištění anonymity respondentů, a také našimi organizačními možnostmi. Rozložení vzorku z hlediska věku a pohlaví není rovnoměrné, ale domníváme se, že vzhledem k počtu respondentů ($N = 107$) lze se získanými výsledky pracovat.

Výběr souboru metodou samovýběru může mít určité nevýhody. Miovský (2006) upozorňuje na problematiku motivace respondentů k účasti na výzkumu, která může negativně ovlivňovat získané výsledky. Problematická může být zejména motivace podpořená finanční či jinou hmotnou odměnou, která přitahuje tzv. „profesionální účastníky výzkumu“. Pro tyto jedince se účast na výzkumech stává zdrojem příjmů, účastní se jakéhokoli výzkumu a snaží se tak poskytovat data, která jsou podle jejich mínění očekávána. V našem případě takové ovlivnění nehrozí, protože motivace k účasti na výzkumu nebyla podpořena žádnou odměnou. Naopak si myslíme, že respondenti se účastnili šetření spokojenosti z důvodu zájmu o toto téma.

Při sledování charakteristik souboru jsme dospěli k významnému zjištění, a to, že mnoho respondentů nezná svoji diagnózu. Myslíme si, že tento fakt poukazuje na určité nedostatky v poskytování informací pacientům ohledně jejich onemocnění.

V rámci ověřování reliability dotazníku pomocí koeficientu vnitřní konzistence jsme narazili na tři položky, které vykazují nižší korelaci s dotazníkem a je možno uvažovat o jejich nižší relevantnosti pro zařazení do dotazníku. Jsou to položky 16 (otázka na střídání personálu), 17 (spolupráce mezi členy personálu) a 23 (otázka na omezování práv). Přestože tyto položky mírně snižují reliabilitu dotazníku, chceme tyto položky v dotazníku ponechat, protože mohou poskytovat důležité informace.

Zvláště důležitá je otázka týkající se omezování práv, protože problematika omezování práv jedinců s duševním onemocněním je velice závažná. V zařízeních, kde jsme šetření spokojenosti prováděli, se nedostatky v dodržování práv pacientů či klientů sice neprokázaly, ale je známo, že v některých jiných zařízeních není dodržování práv zcela vyhovující. Na nedostatky v dodržování práv pacientů v psychiatrických léčebnách poukazuje například studie APEL (Stuchlík, Pfeiffer a Pěč, 2004). O svých zkušenostech s nedodržováním práv hovořili také účastníci skupinových diskusí, které jsme realizovali za účelem zmapování problematiky spokojenosti.

Validita dotazníku je stanovena na základě obsahové validity, která vychází z výsledků skupinových rozhovorů a ze srovnání s jinými dotazníky spokojenosti používanými v oblasti péče o duševní zdraví. Ověření kriteriální validity, pomocí korelace výsledků sestaveného dotazníku s výsledky jiného dotazníku spokojenosti, může být předmětem dalšího výzkumu.

V našem výzkumu se neprokázaly významné rozdíly ve spokojenosti mezi muži a ženami ani mezi různými věkovými kategoriemi, i když u mladších respondentů se objevuje o něco nižší spokojenost než u starších jedinců. Vyšší spokojenost u starších

jedinců byla prokázána například ve studii, kterou realizovali Bjørngaard, Ruud a Friis (2007), kteří zjistili i rozdíly ve spokojenosti mezi muži a ženami, u žen byla spokojenost vyšší.

Ve zmíněné studii byla také prokázána souvislost mezi spokojeností a závažností onemocnění, jehož vliv předpokládáme také, v souvislosti s méně příznivými výsledky v otázkách zaměřených na efektivitu péče (pomoc při začlenění do společnosti, zlepšení potíží a podpora samostatnosti) u našeho souboru.

Původně jsme chtěli jsme sledovat také vliv druhu onemocnění na spokojenost s péčí, ale vzhledem k již zmíněnému velkému počtu nezjištěných údajů o diagnóze, jsme tento vliv nesledovali. Dalším faktorem, který by bylo výhodné sledovat, je aktuální psychický stav jedince, jehož vliv na spokojenost pacientů byl prokázán v jiných studiích, jako například při šetření spokojenosti hospitalizovaných psychiatrických pacientů v některých českých nemocnicích a psychiatrických léčebnách (Raiter a Žáčková, 2006).

Nižší výsledky se objevili také v položce 19 (příležitost k seberealizaci a uplatnění svých schopností), a při hledání možného vlivu na tento výsledek, se objevila otázka, zda je formulace této otázky vhodná. Místo pojmu seberealizace se, v kontextu léčby duševního onemocnění, zdá být vhodnější termín zapojení vlastní aktivity.

V naší studii se, kromě již zmíněných mírně nižších výsledků u některých položek, neprojevila výrazná nespokojenost s některým aspektem péče, proto se může zdát, že výsledky nepřinesly žádná přínosná zjištění. Ale pro jednotlivá zařízení mohou i tyto výsledky přinést užitečné informace a poskytnout personálu zpětnou vazbu o výsledcích jejich práce. Celkově dobrá spokojenost respondentů je pozitivním zjištěním, užitečné mohou být i konkrétní připomínky respondentů.

Závěr

Problematika spokojenosti s poskytovanou péčí je velice složitá a provázaná a není v možnostech této práce obsáhnout celou šíři možných souvislostí. Proto je třeba tuto práci považovat za určitý pokus o vhled do zmíněné problematiky.

Spokojenost pacientů či klientů s poskytovanou péčí v oblasti duševního zdraví je v současné době velmi aktuálním a důležitým tématem, o čemž se lze přesvědčit hlavně v zahraniční literatuře. V našich podmínkách ještě není tomuto tématu věnováno tolik pozornosti, kolik by bylo třeba (zvláště v rámci určitých typů zařízení), přesto i u nás se postupně dostává do popředí zájmu.

Při mapování různých aspektů spokojenosti v našich podmínkách se potvrdila přetrvávající nevyhovující situace v oblasti péče o duševní zdraví. Proto by každý pokus přispět ke zlepšení dosavadní situace měl být vítán a podporován.

Cílem praktické části práce bylo vytvoření dotazníku, který by byl použitelný pro sledování spokojenosti s poskytovanou péčí a pro zlepšování kvality péče v oblasti duševního zdraví.

Pilotní testování dotazníku ukázalo jeho možné využití v oblasti komunitních služeb, pouze jsou nutné určité dílčí úpravy některých položek. Dotazník by ještě měl být podroben dalšímu zkoumání a sledování možného ovlivnění spokojenosti, například aktuálním psychickým stavem, druhem onemocnění aj. Také by mohla být zkoumána jeho použitelnost i v jiných typech zařízení.

Seznam literatury

- ANTHONY, W. A. – LIBERMAN, R. P. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. In Weeghel, J. van (ed.) *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness*. Geneva Initiative on Psychiatry. Kyiv: Sphera, 2002. p. 40-56. ISBN 966-7841-28-6.
- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 4. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-355-4.
- BÁRTLOVÁ, S. – HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-311-2.
- BAUDIŠ, P. Stížnosti psychiatrických pacientů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2002, roč. 98, č. 6, s. 339-342. ISSN 1212-0383.
- BAUDIŠ, P. – KALIŠOVÁ, L. – KITZLEROVÁ, E. – PETR, T. – MIKLÓŠ, T. Omezovací prostředky. In Raboch, J. – Anders, M. – Praško, J. (eds.) *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha: Infopharm, 2006. s. 152-162. ISBN 80-239-8501-9.
- BAUDIŠ, P. – LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-104-1.
- BERAN, J. – TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie pro studenty lékařství*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0659-3.
- BJØRNGAARD, J. H. – RUUD, T. – FRIIS, S. The impact of mental illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship: a multilevel analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007, vol. 42, no. 10, p. 803-809. ISSN 0933-7954.
- BLATNÝ, M. – OSECKÁ, L. Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládání. *Československá psychologie*, 1998, roč. 42, č. 5, s. 385-394. ISSN 0009-062X.
- BŘICHÁČEK, V. *Úvod do psychologického škálování*. 1. vyd. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1978.
- CORRIGAN, P. W. – SCHADE, M. L. – LIBERMAN, R. P. Social skills training. In Liberman, R. P. (ed.) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Camarillo: UCLA School of Medicine, Psychiatric Rehabilitation Consultants, 1991. p. 95-126.

- COSTA, P. T. – McCRAE, R. R. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy und unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1980, vol. 38, no. 4, p. 668-678. ISSN 0022-3514.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. *O štěstí a smyslu života*. Přel. E. Hauserová. Praha: Lidové noviny, 1996. ISBN 80-7106-139-5.
- DeNEVE, K. M. – COOPER, H. The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 1998, vol. 124, no. 2, p. 197-229. ISSN 0033-2909.
- DIENER, E. Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 1984, vol. 95, no. 3, p. 542-575. ISSN 0033-2909.
- DIENER, E. – DIENER, M. B. Happiness: Subjective Well-Being. In Friedman, H. S. (ed.) *Encyclopedia of Mental Health. Volume 2*. San Diego: Academic Press, c1998. p. 311-321. ISSN 0-12-226677-3.
- DIENER, E. – EMMONS, R. A. – LARSEN, R. J. – GRIFFIN, S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985, vol. 49, no. 1, p. 71-75. ISSN 0022-3891.
- DIENER, E. – SUH, E. M. – LUCAS, R. E. – SMITH, H. L. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 1999, vol. 125, no. 2, p. 276-302. ISSN 0033-2909.
- DiMATTEO, M. R. Health Beliefs and Patient Adherence to Treatment. In Friedman, H. S. (ed.) *Encyclopedia of Mental Health. Volume 2*. San Diego: Academic Press, c1998. p. 351-356. ISSN 0-12-226677-3.
- DÖRNER, K. A KOL. *Osvobozující rozhovor: Psychicky nemocný v rodině*. Přel. P. Sedláček. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-892-X.
- DRAGOMIRECKÁ, E. Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL – překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie*, 2006, roč. 10, č. 2, s. 68-73. ISSN 1211-7579.
- DRAGOMIRECKÁ, E. – BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
- DRAGOMIRECKÁ, E. – ŠKODA, C. Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, 1997, roč. 93, č. 8, s. 423-432. ISSN 0069-2336.

- *Duševní poruchy a poruchy chování: Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: PCP, 2000. ISBN 80-85121-44-1.
- ELBECK, M. – FECTEAU, G. Improving the Validity of Measures of Patient Satisfaction With Psychiatric Care and Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, vol. 41, no. 9, p. 998-1001. ISSN 0022-1597.
- FAHRENBERG, J. – MYRTEK, M. – SCHUMACHER, J. – BRÄHLER, E. *Dotazník životní spokojenosti*. Přel. K. Rodná, T. Rodný. 1. vyd. Praha: Testcentrum, 2001. ISBN 80-86471-16-0.
- HARTL, P. *Psychologický slovník*. 3. vyd. Praha: Budka, 1996. ISBN 80-901549-0-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
- HAWTHORNE, W. B. – GREEN, E. E. – LOHR, J. B. – HOUGH, R. – SMITH, P. G. Comparison of Outcomes of Acute Care in Short-Term Residential Treatment and Psychiatric Hospital Settings. *Psychiatric Services*, 1999, vol. 50, no. 3, p. 401-409. ISSN 1075-2730.
- HNILICA, K. Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 2004, roč. 48, č. 3, s. 193-202. ISSN 0009-062X.
- HNILICA, K. Věk, pohlaví a kvalita života. In Payne a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 415-441. ISBN 80-7254-657-0.
- HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.
- HNILICOVÁ, H. – JANEČKOVÁ, H. – HOLCÁT, M. – RIEGL, V. *Průzkumy spokojenosti pacientů jako součást sledování kvality zdravotní péče. Návrh standardního dotazníku*. Závěrečná zpráva o řešení grantu IGA MZ ČR č. 4384-2. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998.
- HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-60-4.
- HRACHOVINOVÁ, T. – CHUDOBOVÁ, P. Body image a možnosti jeho měření. *Československá psychologie*, 2004, roč. 48, č. 6, s. 499-509. ISSN 0009-062X.

- CHROMÝ, K. *Duševní nemoc: Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4.
- JANEČKOVÁ, H. Úloha komunikace při zlepšování kvality péče ve zdravotnictví. In Payne a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 181-195. ISBN 80-7254-657-0.
- JENKINSON, C. – COULTER, A. – BRUSTER, S. – RICHARDS, N. – CHANDOLA, T. Patients experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, vol. 11, no. 4, p. 335-339. ISSN 1475-3898.
- JOHNSON, R. A. – RUHL, J. M. *Kniha o spokojenosti*. Přel. H. Petráková. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-380-3.
- KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.
- KALIŠOVÁ, L. – RABOCH, J. – NOVOTNÁ, I. – ČERNÝ, M. – VIKTORÍNOVÁ, K. – KITZLEROVÁ, E. – NAWKA, A. – CHUDÁREK, F. Užití omezovacích opatření a prostředků v psychiatrii – mezinárodní projekt EUMONIA. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2004, roč. 100, č. 7, s. 420-427. ISSN 1212-0383.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- KOBASA, S. C. Stressful life events, personality and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, vol. 37, no. 1, p. 1-11. ISSN 0022-3514.
- Koncepce psychiatrické péče v ČR (návrh). Politika péče o duševní zdraví. *Česká a slovenská psychiatrie*, 1997, roč. 93, Suppl. 2. ISSN 0069-2336.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
- KOVÁČ, D. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie*, 2001, roč. 45, č. 1, s. 34-44. ISSN 0009-062X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor a jednání člověka s člověkem – sociální komunikace ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1980.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky kvality života. In Payne a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 351-364.

- LEHMAN, A. F. – ZASTOWNY, T. R. Patient satisfaction with mental health services: A meta-analysis to establish norms. *Evaluation and Program Planning*, 1983, vol. 6, no. 3-4, p. 265-274. ISSN 0149-7189.
- MAFFEI, C. – SHEA, J. – STEWART, M. Measuring Patient Satisfaction. *Psychiatric Services*, 2003, vol. 54, no. 10, p. 1411. ISSN 1075-2730.
- MIKŠÍK, O. Sociálně ekonomické, osobnostní a situační determinanty základních postojů k životní realitě. In Rymeš, M. – Rotter, T. (eds.) *Člověk a proměny současného světa – možnosti a rizika. VI. Česko-polská konference*. Praha: Matfyzpress, 2006. s. 21-36.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MORGAN, D. L. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Přel. J. Krchová. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2001. ISBN 80-85834-77-4.
- PAULÍK, K. Když se řekne spokojenost. *Psychologie dnes*, 2002, roč. 8, č. 3, s. 16-19. ISSN 1212-9607.
- PĚČ, O. Sociální psychiatrie – živé i zatracované téma. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2007, roč. 103, č. 4, s. 167. ISSN 1212-0383.
- PĚČ, O. – PFEIFFER, J. Desinstitucionalizace psychiatrické péče: poválečný proces ve vyspělých zemích. *Česko-slovenská psychiatrie*, 1994, roč. 90, č. 1, s. 34-47. ISSN 0069-2336.
- PEICHL, Š. – BURIÁNEK, A. – KALIŠOVÁ, L. Právní problematika nedobrovolného přijetí a použití omezovacích prostředků v psychiatrii. Srovnání zemí v rámci EU (projekt EUMONIA). In Raboch, J. – Zrzavecká, I. – Doubek, P. (eds.) *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Sborník přednášek a abstrakt VI. sjezdu České psychiatrické společnosti. Praha: Galén, 2006. s. 163-165.
- PELLEGRIN, K. L. – STUART, G. W. – MAREE, B. – FRUEH, B. CH. – BALLENGER, J. C. A Brief Scale for Assessing Patients' Satisfaction With Care in Outpatient Psychiatric Services. *Psychiatric Services*, 2001, vol. 52, no. 6, p. 816-819. ISSN 1075-2730.
- PFEIFFER, J. Komunitní péče. In Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J. (eds.) *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. s. 625-629. ISBN 80-900130-1-5.

- PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In Matoušek, O. – Kolářková, J. – Kodymová, P. (eds.) *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 133-161. ISBN 80-7367-002-X.
- RAHN, E. – MAHNKOPF, A. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0.
- RAITER, T. – ŽÁČKOVÁ, L. *Kvalita psychiatrické péče očima pacientů*. Kvantitativní výzkum mezi pacienty psychiatrie (č. 14/05 MEZ-OZP/4). Závěrečná zpráva projektu. Praha: STEM/MARK, 2006.
- RUGGERI, M. – LASALVIA, A. – DALL'ANGOLA, R. – TANSELLA, M. – EPSILON STUDY GROUP Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale - European Version. EPSILON Study 7. *The British Journal of Psychiatry*, 2000, vol. 177, no. 39, p. 41-48. ISSN 0007-1250.
- RYFF, C. D. – KEYES, C. L. M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, vol. 69, no. 4, p. 719-727. ISSN 0022-3514.
- RYMEŠ, M. Osobnost a práce. In Štikar, J. – Rymeš, M. – Riegel, K. – Hoskovec, J. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. s. 89-136. ISBN 80-246-0448-5.
- SHEPHERD, G. Models of community care. In Weeghel, J. van (ed.) *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness*. Geneva Initiative on Psychiatry. Kyiv: Sphera, 2002. p. 85-95. ISBN 966-7841-28-6.
- SIRGY, M. J. – MENTZER, J. T. – RAHTZ, D. R. – MEADOW, H. L. Satisfaction with Health Care Services Consumption and Life Satisfaction among the Elderly. *Journal of Macromarketing*, 1999, vol. 11, no. 1, p. 24-39. ISSN 0276-1467.
- SLADE, M.: What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2002, vol. 36, no. 6, p. 743-753. ISSN 0004-8674.
- STÁRKOVÁ, L. – RABOCH, J. – KITZLEROVÁ, E. – BAKOVÁ, N. – HOWARDOVÁ, A. – PEICHOVÁ, J. – KALLERT, T. Hodnocení klinického stavu, spokojenosti s léčbou a kvality života u dvou skupin pacientů léčených formou denního stacionáře a klasickou hospitalizací – mezinárodní studie EDEN (Konečné výsledky období léčby). *Česká a slovenská psychiatrie*, 2003, roč. 99, č. 5, s. 260-264. ISSN 1212-0383.

- STUHLÍK, J. – PFEIFFER, J. – PĚČ, O. APEL – audit práv a etiky léčby v psychiatrických léčebnách. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2004, roč. 100, č. 3, s. 140-147. ISSN 1212-0383.
- STYX, P. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
- SZMUKLER, G. – THORNICROFT, G. What is community psychiatry? In Thornicroft, G. – Szmukler, G. (eds.) *Textbook of Community Psychiatry*. 1st published. Oxford: Oxford University Press, 2001. p. 1-12. ISBN 0-19-262997-2.
- ŠOLCOVÁ, I. – KEBZA, V. Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie*, 2005, roč. 49, č. 1, s. 1-8. ISSN 0009-062X.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

Internetové zdroje:

- www.klinikaeset.cz
- www.focus-cr.cz

